

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION ET DE SENSIBILISATION DES
PRESTATAIRES DE SERVICES COMMUNAUTAIRES EN MATIÈRE DE VIH
ET DE VIOLENCE EXERCÉE PAR UN PARTENAIRE INTIME

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

LAURA DÉSILETS

DÉCEMBRE 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement ma directrice de recherche, Mylène Fernet. Mylène, je suis reconnaissante de la confiance que tu m'as accordée dès le début de mon implication dans ton laboratoire de recherche. Je te remercie tout spécialement pour ton approche humaine. Tu m'as accompagnée et guidée à travers chacune des étapes de la réalisation de mon mémoire tout en mettant de l'avant mon autonomie.

Merci aux partenaires et aux participants qui ont collaboré au projet de recherche dans lequel mon mémoire s'inscrit. Votre implication est essentielle à la réussite de ce projet et de ceux à venir.

Je remercie également les membres de ma famille et mes amis qui ont fait preuve de compréhension lorsque je déclinais leurs invitations afin de me consacrer à mes études. Merci de vos encouragements constants et de votre écoute lorsque je vous partageais mes bons et moins bons coups. Je souhaite offrir mes remerciements à mon amoureux et mes vieux colocataires de l'appartement sur Marquette qui m'ont appuyée moralement depuis le début de mon parcours académique en sexologie.

Enfin, je tiens à souligner la contribution des organismes subventionnaires qui m'ont octroyé des bourses d'études supérieures me permettant de me consacrer entièrement à la recherche: la Faculté des sciences humaines (UQAM); le partenariat de recherche et d'action Trajectoire de violence, de recherche d'aide et de recours aux services des femmes victimes de violence conjugale (CRSH); et les Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Merci au soutien du Réseau Sida et Maladies Infectieuses sans qui le projet pilote dans lequel mon mémoire s'inscrit n'aurait jamais eu lieu.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	v
RÉSUMÉ	vi
MISE EN CONTEXTE.....	1
CHAPITRE I. ÉTAT DES CONNAISSANCES	7
1.1 Les femmes, le VIH, les inégalités sociales et la violence exercée par un partenaire intime.....	7
1.2 Les intersections entre le VIH et la VPI chez les femmes	9
1.2.1 La cooccurrence du VIH et de la VPI	9
1.2.2 Mécanismes explicatifs de la cooccurrence du VIH et de la VPI chez les femmes	10
1.2.3 Les impacts de la VPI sur la santé des femmes vivant avec le VIH	11
1.3 L'offre de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections : la perspective des femmes.....	12
1.3.1 Les attentes et les besoins des femmes quant à l'offre de services	12
1.3.2 L'appréciation des services reçus	15
1.4 Les pratiques d'intervention en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections	16
1.4.1 Les pratiques d'intervention des prestataires de services spécialisés en VIH ciblant la VPI.....	16
1.4.2 Les pratiques d'intervention des prestataires de services spécialisés en VPI ciblant le VIH	18
1.4.3 Les défis qui modulent les pratiques d'intervention des prestataires de services	20
1.4.4 Les besoins de formation des prestataires de services.....	23

1.5 Lacunes sur le plan des connaissances actuelles et objectifs de recherche.....	24
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL.....	27
2.1 L'approche centrée sur les traumatés.....	27
2.1.1 Le principe de sécurité.....	29
2.1.2 Le principe de confiance.....	29
2.1.3 Le principe de collaboration mutuelle.....	30
2.1.4 Le principe d'autonomisation et de choix.....	30
2.1.5 Le principe d'intersectionnalité.....	31
2.2 Effets prometteurs de l'approche centrée sur les traumatés.....	31
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE.....	35
3.1 Devis de recherche.....	35
3.2 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement.....	35
3.3 Participants à l'étude.....	37
3.4 Collecte de données et déroulement.....	37
3.5 Stratégies d'analyses des données.....	39
3.6 Considérations éthiques.....	40
CHAPITRE IV ARTICLE.....	43
CHAPITRE V DISCUSSION.....	81
5.1 Rappel des objectifs.....	81
5.2 Principaux constats.....	81
5.2.1 Les pratiques d'intervention, leurs défis et les besoins de formation des prestataires de services communautaires.....	82

5.2.2 Le besoin de développer et de consolider les partenariats entre les organismes des secteurs du VIH et de la VPI.....	86
5.3 Limites et forces méthodologiques	90
5.4 Pistes de recherche	94
5.5 Pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle.....	97
CONCLUSION	102
ANNEXES	104
LISTE DES RÉFÉRENCES	124

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
CHIWOS	Étude sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH au Canada
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
FVVIH	Femmes vivant avec le VIH
ASPC	Agence de santé publique du Canada
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
OC	Organismes communautaires
UQAM	Université du Québec à Montréal
VPI	Violence exercée par un partenaire intime

RÉSUMÉ

La cooccurrence du VIH et de la violence exercée par un partenaire intime (VPI) est répandue chez les femmes canadiennes et affecte considérablement leur état de santé. Les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) et victimes de VPI expriment le besoin de recevoir un accompagnement complémentaire pour la question du VIH et de la VPI. Toutefois, les prestataires de services se sentent peu outillés pour offrir ce soutien, ce qui limite leurs interventions. Ce mémoire vise, à partir du point de vue des prestataires d'organismes communautaires de lutte contre le VIH et de ressources pour femmes victimes de VPI, à documenter leurs pratiques d'intervention, les défis d'intervention rencontrés et leurs besoins de formation et de sensibilisation. D'autre part, il vise à décrire les défis associés à la coordination des services entre les deux secteurs d'intervention concernés. S'inscrivant dans une démarche de recherche communautaire, deux entrevues de groupe ont été conduites auprès de 12 prestataires de services. Une analyse directe de contenu s'appuyant sur les principes de l'approche centrée sur les traumatismes a été réalisée. Les résultats révèlent que les pratiques d'intervention mobilisées par les participants sont principalement de l'ordre de l'écoute active et du référencement, au détriment d'autres pratiques comme le dépistage et le counseling. Les participants évoquent un niveau de connaissances relativement limité en matière de VIH et de VPI, ce qui constitue une difficulté à offrir un plus large éventail d'interventions. En ce sens, les participants expriment le besoin d'acquérir des connaissances, d'être informés sur les meilleures pratiques d'intervention en la matière et de développer des partenariats entre les deux secteurs d'intervention afin de favoriser le déploiement d'interventions concertées. À la lumière de ces constats, ce mémoire soutient la pertinence d'offrir des services aux femmes en matière de VIH et de VPI dans un environnement sécuritaire, de confiance et collaboratif.

MOTS-CLÉS : Recherche communautaire; VIH; violence exercée par un partenaire intime; approche centrée sur les traumatismes, prestataires de services communautaires; besoins de formation; intervention

MISE EN CONTEXTE

Les données de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) indiquent que les femmes représentent 21,9% des cas d'infection au VIH au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2015). Selon une étude canadienne dont l'échantillon est composé de 339 participants, plus de 40% des femmes ayant reçu un diagnostic de VIH rapportent avoir été victimes de violence au sein d'une relation intime passée ou actuelle dans la dernière année (Siemieniuk et al., 2013). La cooccurrence du VIH et de la violence exercée par un partenaire intime (VPI) et ses mécanismes explicatifs sont largement démontrés par des recensions systématiques des écrits (Gielen et al., 2007; Gilbert et al., 2015; Li et al., 2014; Maman et al., 2000; Phillips et al., 2013). Par ailleurs, la cooccurrence du VIH et de la VPI engendre chez les femmes de graves conséquences sur leur santé mentale (symptômes dépressifs et anxieux, dépendance aux drogues et à l'alcool, etc.), leur santé physique (faible observance aux traitements antirétroviraux, fatigue, etc.) et leur santé sexuelle (infections transmissibles sexuellement et par le sang, dysfonctions sexuelles, etc.) (Bonacquisti & Geller, 2013; Costa et al., 2014; Gienlen et al., 2007; Siemieniuk et al., 2013). En réponse à ses conséquences, les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) et victimes de VPI expriment le besoin de recevoir du soutien et de l'accompagnement à la fois pour la question du VIH et celle de la VPI (Colombini et al., 2016; Raissi et al., 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

Toutefois, les prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI rapportent se sentir peu outillés pour offrir le soutien dont les femmes ont besoin (Distefano & Hubach, 2011). De ce fait, ce n'est qu'une faible proportion d'entre eux qui déploient des pratiques d'intervention ciblant les intersections entre le VIH et la VPI auprès des

femmes. Par exemple, selon les résultats obtenus par l'étude de Distefano et Hubach (2011) dont l'échantillon est composé de 30 prestataires de services, 37% rapportent avoir offert de l'information et avoir développé un plan d'intervention pour assurer la sécurité des FVVIH en cas de VPI et ce, uniquement lorsque les femmes exprimaient une demande concrète en ce sens. Les résultats obtenus par Rountree, Pomeroy et Marsiglia (2008) suggèrent aussi qu'un nombre limité de prestataires de services spécialisés en VPI ont intégré des stratégies de prévention des risques associés aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et au VIH dans le plan d'intervention à l'intention des femmes victimes de VPI. De façon générale, tant les prestataires de services spécialisés en VIH qu'en VPI expriment le besoin de parfaire leurs connaissances et de connaître les meilleures pratiques d'intervention afin d'intervenir adéquatement sur les intersections entre le VIH et la VPI (Distefano & Hubach, 2011; Prust et al., 2017; Rountree, 2005; Wyatt et al., 2011).

Or, rares sont les études qui se sont intéressées aux pratiques d'intervention destinées aux femmes touchées par le VIH et la VPI du point de vue des prestataires de services, encore plus rares selon le point de vue des prestataires de services communautaires. Pourtant, au Québec, les organismes communautaires (OC) jouent un rôle clé dans l'offre de services étant donné le nombre grandissant de femmes qui y ont recours et le lien privilégié qu'entretiennent les intervenants avec la clientèle (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013). De plus, les connaissances actuelles quant aux pratiques de coordination des services en matière de VIH et de VPI entre les milieux de pratique demeurent très limitées, voire lacunaires. Pourtant, la concertation entre les différents secteurs d'intervention est nécessaire pour répondre aux besoins des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI (LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015; Pick, 2017).

En l'occurrence, le présent mémoire vise d'une part, à partir du point de vue croisé des prestataires d'organismes communautaires de lutte contre le VIH et de ressources pour

femmes victimes de VPI, à documenter leurs pratiques d'intervention, les défis d'intervention rencontrés et leurs besoins de formation et de sensibilisation. D'autre part, il vise à décrire les défis associés à la coordination des services entre les deux secteurs d'intervention concernés. Dans ce mémoire, l'expression « intersections entre le VIH et la VPI » renvoie aux croisements des identités sociales à travers lesquelles les FVVIH et victimes de VPI peuvent être opprimées et stigmatisées, notamment en regard de leur genre, de leur appartenance ethnique et de leur statut socioéconomique. Ce mémoire se situe dans une perspective exploratoire qui privilégie un devis de recherche qualitatif (Gauthier, 2010). Les données ont été recueillies dans le cadre d'entrevues de groupes effectuées auprès de prestataires de services communautaires issus des deux secteurs d'intervention. L'analyse des données repose sur l'approche centrée sur les traumatismes, une perspective de soins et de services de santé sensible aux multiples traumatismes dont les femmes peuvent être victimes au cours de leur vie (Bowen & Murshid, 2016; SAMHSA, 2017).

Le présent mémoire s'inscrit dans le cadre d'un projet pilote plus vaste financé par le Réseau Sida et Maladies Infectieuses du Fonds de recherche en santé du Québec qui visait plusieurs objectifs, à savoir : 1) établir le portrait des services offerts au plan communautaire par le milieu VIH et par le milieu de la violence; 2) documenter les besoins des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI; 3) déterminer les priorités d'action à privilégier; et 4) mobiliser et consolider les partenariats dans le but de développer des structures participatives. Ce projet pilote, mené par des chercheurs universitaires qui collaborent depuis plusieurs années (Mylène Fernet, Joanne Otis, Alexandra De Pokomandy, Maria Nengeh Mensah), est à l'origine d'une préoccupation partagée par l'équipe en lien avec les intersections entre le VIH et la violence. Au fil de leurs recherches réalisées en partenariat avec les acteurs du milieu du VIH au Québec, les FVVIH et l'équipe de recherche, de nombreuses FVVIH ont partagé une histoire de violence basée sur le genre. L'équipe de recherche a alors proposé ce projet

pilote pour amorcer une réflexion sur la prise en charge des FVVIH qui vivent aussi des expériences de violence, plus particulièrement des expériences de VPI.

Ce projet pilote s'inscrit dans une démarche de recherche communautaire AVEC, PAR et POUR les femmes vivant aux intersections entre le VIH et VPI. Ce type de démarche vise ultimement la conception et l'implantation d'interventions ciblées en promotion et prévention de la santé avec la collaboration de parties prenantes telles que les acteurs des milieux de pratique et les personnes concernées par la problématique (Otis, Bernier, & Lévy, 2015). Comme le soutient aussi l'approche centrée sur les traumatismes, qui constitue le cadre conceptuel du présent mémoire, les femmes doivent être engagées au premier plan dans les soins et les services de santé (Bowen & Murshid, 2016; SAMHSA, 2017).

Dans cette optique, chercheuses, intervenants et femmes ont uni leur expertise dans le cadre de ce projet pilote afin d'entreprendre la première des six étapes du processus de mobilisation des savoirs et des communautés, à savoir l'analyse des besoins et des ressources (Otis, Bernier, & Lévy, 2015). Le besoin est ici conceptualisé comme étant l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée pouvant être comblée par le biais de la formation (De Ketele, 1989). La situation actuelle réfère aux connaissances, aux attitudes et aux habiletés d'intervention en matière de VIH, de VPI et leurs intersections que possèdent les prestataires de services communautaires, alors que la situation désirée réfère aux connaissances, attitudes et habiletés d'intervention dans ce même domaine que souhaitent acquérir les prestataires. Les écarts soulevés peuvent influencer l'application de pratiques de dépistage, de counseling et d'accompagnement du VIH et de la VPI. Les étapes suivant l'analyse des besoins et des ressources consistent à identifier la forme et les objectifs d'apprentissage de l'intervention, à déterminer les méthodes théoriques, la séquence et le contenu des activités et à implanter et évaluer l'intervention développée (Otis, Bernier, & Lévy, 2015).

À cette première étape du processus de mobilisation des savoirs et des communautés, un forum communautaire s'est tenu pour documenter les besoins et les ressources en matière de VIH et de VPI. Les prestataires des OC de lutte contre le VIH et des ressources d'aide pour femmes victimes de VPI se sont réunis sur deux journées, soit les 27 et 28 juin 2017 à Montréal. Le déroulement de ces deux journées d'activités est présenté en annexe de ce mémoire (*voir Annexe A*). Cette démarche visait à réunir ces différents agents de la communauté dans le but de recueillir des informations, les sensibiliser à un problème social ou de santé, ainsi que de réfléchir collectivement autour d'une thématique précise (Tétreault et al., 2013). Au cours de ces deux journées d'activités communautaires, des activités de réflexion, de transfert des connaissances et de collecte de données se sont déroulées. Parmi les activités qui se sont déroulées, le présent mémoire s'attarde spécifiquement aux entrevues de groupe réalisées auprès des prestataires de services communautaires lors de la première journée d'activités. En collaboration avec l'équipe de recherche, la candidate a développé les outils de recrutement, de consentement et de collecte de données. Elle a participé à la collecte de données à titre de modératrice, de même qu'à l'ensemble des activités qui se sont déroulées dans le cadre du forum communautaire.

En ce qui a trait à la structure de ce mémoire, au chapitre I, l'état des connaissances sur le phénomène des intersections entre le VIH et la VPI chez les femmes et l'offre de services en la matière est présenté. Les lacunes méthodologiques des études recensées sont ensuite exposées, suivies des objectifs de recherche poursuivis par ce mémoire. Au chapitre II, l'approche centrée sur les traumatismes, qui constitue le cadre conceptuel sur lequel s'appuie ce mémoire, est décrite. Il sera ensuite question, au chapitre III, de la méthodologie employée en termes de devis de recherche, de stratégies d'échantillonnage et de recrutement, de participants à l'étude, de procédures de collecte de données, ainsi que de stratégies d'analyses des données. Par la suite, les considérations éthiques seront présentées. Au chapitre IV, un article scientifique soumis à la revue *Journal of the association of nurses in AIDS* en avril 2019 (accepté

en date du 5 décembre 2019) fait état des résultats. En guise de discussion, les principaux constats à la lumière des connaissances actuelles, ainsi que les forces et les limites méthodologiques sont abordés au chapitre V. Des pistes de recherche futures, ainsi que des pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle à mettre en place sont finalement présentées.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous présentons d'abord les études qui se sont intéressées à la cooccurrence du VIH et de la VPI chez les femmes, à ses mécanismes explicatifs et à ses conséquences sur la santé des femmes. Par la suite, les constats des études qui ont exploré le point de vue des femmes quant à l'offre de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections seront énoncés. Un portrait des pratiques d'intervention ciblant les intersections entre le VIH et la VPI du point de vue des prestataires de services sera ensuite brossé, suivi des défis associés à ces pratiques d'intervention, ainsi que les besoins de formation exprimés par les prestataires de services. Dans la dernière section, les lacunes méthodologiques des études recensées sont exposées, ce à quoi ce mémoire tentera de pallier.

1.1 Les femmes, le VIH, les inégalités sociales et la violence exercée par un partenaire intime

Les plus récentes données de l'Agence de santé publique du Canada (2015) indiquent que les femmes représentent 21,9% des cas d'infection au VIH au Canada. Au Québec, elles représentent 25,3% du nombre total des cas de VIH répertoriés, soit plus de 3 000 femmes vivant avec le VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2015). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2018) définit le VIH/SIDA de la façon suivante :

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer entre 10 et 15 ans suivant la contraction. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution.

Plusieurs modes de transmission du VIH sont possibles, à savoir: 1) les relations sexuelles anales ou vaginales non protégées; 2) la transfusion de sang contaminé; 3) l'utilisation et l'échange de seringues contaminées; et 4) lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein (Gouvernement du Québec, 2017). Le VIH/SIDA demeure la condition de santé la plus hautement stigmatisée à travers le monde en raison des modes de transmission liés aux comportements sexuels et à la consommation de drogues (Chambers et al., 2015). Selon une étude réalisée au Canada auprès de 1 330 FVVIH, les trois principaux modes de transmission par lesquels les femmes auraient contracté le VIH réfèrent aux relations sexuelles consensuelles (51,6%), à l'échange de seringues (19,7%) et aux relations sexuelles coercitives (16,5%) (Loutfy et al., 2015).

La féminisation mondiale de l'épidémie du VIH/SIDA s'inscrit donc dans un contexte social marqué par les inégalités de genre et les violences sexuelles (Orza et al., 2015). Les violences faites envers les femmes et les filles réfèrent, entre autres, à la VPI, aux violences familiales, aux agressions sexuelles, au harcèlement sexuel et à l'exploitation sexuelle (Hébergement Femmes Canada, 2017). Concernant la VPI, elle désigne plus spécifiquement l'expérience de violence physique, émotionnelle, sexuelle, ainsi que des comportements de contrôle, voire de harcèlement, par un partenaire intime ou ex-partenaire intime (Breiding et al., 2015). La VPI peut être vécue au sein d'une relation conjugale, extra-conjugale, amoureuse et intime et en contexte post-séparation (Beaupré, 2015). À ce propos, l'Enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation

effectuée en 2014 au Canada révèle que 4% des femmes ont signalé à la police des situations de VPI (Centre canadien de la statistique juridique, 2016). Dans le cadre d'une enquête populationnelle canadienne, près de 80% des victimes d'un crime commis par un conjoint et ex-conjoint déclaré à la police étaient de sexe féminin (Centre canadien de la statistique juridique, 2018). Cette prévalence élevée de la VPI à l'égard des femmes est également observée dans la province de Québec (Ministère de la Sécurité publique, 2017).

Les travaux de recherche communautaire de l'équipe avec laquelle la candidate a travaillé dans le cadre de ce mémoire (Otis et Fernet) portaient notamment sur le dévoilement du statut VIH et la santé affective et sexuelle des FVVIH. Parmi les FVVIH qui ont participé à ces travaux (n = 245), une sur trois rapportait avoir subi au moins une expérience de VPI ou de victimisation sexuelle au cours de sa vie (Massie et al., 2015). Dès lors, nous avons constaté que la réalité des FVVIH au Québec ayant vécu ou vivant des expériences de VPI demeure peu explorée malgré qu'il s'agisse d'un domaine de recherche en émergence (Gilbert et al., 2015; Li et al., 2014; Phillips et al., 2013).

1.2 Les intersections entre le VIH et la VPI chez les femmes

Au cours des deux dernières décennies, la cooccurrence du VIH et de la VPI chez les femmes, tout comme les mécanismes explicatifs de ce phénomène, ont été l'objet de plusieurs études réalisées sur les continents africain et nord-américain.

1.2.1 La cooccurrence du VIH et de la VPI

Les études empiriques recensées dans le cadre d'une revue systématique des écrits démontrent la cooccurrence du VIH et de la VPI chez les femmes à l'échelle mondiale (Li et al., 2014). L'étude sur la santé sexuelle et reproductive des FVVIH au Canada

(CHIWOS), réalisée en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique auprès de 1 312 FVVIH, estime que 80% des FVVIH rapportent avoir subi au cours de sa vie au moins une forme de violence basée sur le genre (physique, psychologique, sexuelle), y compris la VPI (Logie, 2017). Parmi 339 femmes séropositives recrutées en milieu hospitalier en Alberta, 40% rapportent avoir vécu un épisode de violence au sein d'une relation intime actuelle ou passée (Siemieniuk et al., 2013).

1.2.2 Mécanismes explicatifs de la cooccurrence du VIH et de la VPI chez les femmes

Les travaux scientifiques font consensus sur les liens bidirectionnels entre le VIH et les VPI chez les femmes. Depuis les années 2000, plusieurs recensions systématiques des écrits ont documenté les différentes associations entre le VIH et la VPI (Gielen et al., 2007; Gilbert et al., 2015; Li et al., 2014; Maman et al., 2000; Phillips et al., 2013).

La recension des écrits de Maman et ses collaborateurs (2000), étant de loin celle qui est la plus citée, identifie trois grands mécanismes explicatifs des intersections entre le VIH et la VPI. Ces mécanismes ont par la suite été appuyés par plusieurs études empiriques et recensions des écrits. Le premier mécanisme réfère à la sexualité coercitive exercée par un partenaire intime comme facteur de risque d'infection au VIH (Maman et al., 2000). En effet, il est démontré que les expériences de victimisation chez les femmes, particulièrement les violences physiques et sexuelles exercées par un partenaire intime, sont fortement associées au risque de contracter le VIH (Li et al., 2014; Sareen, Pagura, & Grant, 2009). Le deuxième mécanisme explicatif réfère aux difficultés des femmes à négocier des pratiques sexuelles sécuritaires considérant la violence dont elles sont victimes de la part de leur partenaire intime, ce qui accroît en retour leur vulnérabilité au VIH (Maman et al., 2000). L'adoption de comportements sexuels à risque (ex. la non-utilisation du condom et les relations sexuelles avec un partenaire qui refuse d'utiliser le condom) représente un facteur de vulnérabilité à l'infection au VIH chez les femmes (Fontenot et al., 2014; Phillips et al., 2013). Les

comportements sexuels à risque sont souvent répétés dans le cadre d'une relation intime où le conjoint exerce de la violence (Rountree, Granillo, & Bagwell-Gray, 2015). Enfin, le troisième mécanisme réfère à la séropositivité au VIH comme facteur de risque à la VPI considérant que le dévoilement du statut sérologique au partenaire constitue un risque de subir des expériences de VPI chez les femmes (Maman et al., 2000). Parallèlement à l'étude des mécanismes qui permettent d'expliquer la cooccurrence du VIH et de la VPI, des études ont documenté ses impacts sur la santé des FVVIH, notamment sur la santé sexuelle.

1.2.3 Les impacts de la VPI sur la santé des femmes vivant avec le VIH

De par leur condition de santé associée au VIH et les expériences de VPI dont elles sont victimes, la santé sexuelle des FVVIH peut être compromise. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la santé sexuelle renvoie au « bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité (OMS, 2019). » Pour bénéficier de cet état de bien-être, toutes expériences sexuelles et affectives doivent être sans risque et exemptes de violence (OMS, 2019). Toutefois, par peur de vivre de multiples rejets ou de subir de la violence et de la discrimination par un partenaire intime après avoir dévoilé leur statut sérologique, certaines FVVIH s'excluent des relations intimes potentielles (Colombini et al., 2016; Rouleau, côté, & Cara, 2012; Siegel, Leks, & Schrimshaw, 2005). De plus, elles sont davantage à risque de contracter d'autres ITSS en raison de leurs difficultés à utiliser et négocier le condom considérant la pression que leur partenaire intime et sexuel peut exercer (Bonacquisti & Geller, 2013; Seth et al., 2015). Par le fait même, le bien-être physique et mental des FVVIH est aussi compromis. La charge virale des FVVIH victimes de VPI serait d'ailleurs plus élevée (Rose, House, & Stepleman, 2010) et plus difficile à contrôler par la prise d'antirétroviraux, comparativement aux FVVIH qui ne rapportent pas de VPI (Siemieniuk et al., 2013). Les FVVIH victimes de VPI sont aussi enclines à présenter des symptômes de

dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique et à rapporter des idéations suicidaires (Siemieniuk et al., 2013; Zunner et al., 2015).

En somme, la cooccurrence du VIH et de la VPI est élevée chez les femmes. Le VIH peut non seulement constituer un facteur de risque aux expériences de VPI, mais également une conséquence des expériences de violences sexuelles vécues dans le cadre d'une relation intime. Cette double problématique entraîne des impacts considérables sur la santé sexuelle et globale des FVVIH qui sont confrontées à la VPI, contribuant par le fait même à accroître leur vulnérabilité face à la revictimisation.

1.3 L'offre de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections : la perspective des femmes

Des services de santé, sociaux et communautaires qui tiennent compte de la réalité des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI sont plus que pertinents considérant l'ampleur de la problématique. Par conséquent, des études se sont attardées à documenter les attentes des femmes, leurs besoins et leur appréciation par rapport aux services qui leur sont offerts en matière de VIH et de VPI, qu'il s'agisse de dépistage, de counseling ou d'accompagnement.

1.3.1 Les attentes et les besoins des femmes quant à l'offre de services

Les femmes témoignent du besoin d'obtenir des services qui tiennent compte à la fois de leur condition associée au VIH et de leurs expériences de VPI actuelles ou passées (Colombini et al., 2016; Raissi et al., 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Dans leur étude réalisée au Kenya auprès de 30 FVVIH, Colombini et ses collègues (2016) ont sondé leurs opinions sur l'offre de services en matière de VPI. Plusieurs participantes étaient d'avis que les professionnels de la santé spécialisés en VIH ont

non seulement la responsabilité de dispenser un suivi médical, mais également d'offrir un soutien psychologique par rapport à leurs expériences de VPI (Colombini et al., 2016). Dans l'étude de Illangasekare et de ses collègues (2014) effectuée auprès de 24 FVVIH afro-américaines résidant à Baltimore aux États-Unis, les auteurs rapportent des constats similaires. Les FVVIH ayant participé expriment le besoin de dévoiler les expériences de VPI à un professionnel de la santé, par exemple un médecin ou un psychologue, et ainsi être en mesure de mieux composer avec leurs émotions (Illangasekare et al., 2014).

Selon 158 patientes suivies dans une clinique médicale canadienne spécialisée en VIH ayant participé à un protocole de dépistage de la VPI, les antécédents de VPI devraient être questionnés par le professionnel de la santé durant les soins de routine associés au VIH. Toutefois, plusieurs affirmaient n'avoir jamais été interrogées par un professionnel de la santé à ce sujet avant leur participation à ce protocole (Raissi et al., 2015). En Afrique du Sud, à Johannesburg, 12 FVVIH fréquentant un centre de santé spécialisé en VIH ont partagé leur avis, dans le cadre d'une entrevue individuelle, sur les services de dépistage de la VPI. Selon les utilisatrices sondées, ce type de service est une opportunité unique de pouvoir témoigner à un professionnel de la santé des expériences de VPI qu'elles vivent ou ont vécu au cours de leur vie (Christofides & Jewkes, 2010).

Le dépistage du VIH dans les ressources pour femmes victimes de VPI a également fait l'objet d'une étude réalisée dans le Sud-Est des États-Unis. Les femmes victimes de VPI fréquentant un centre de Justice familiale et ayant participé à un programme de dépistage du VIH ont exprimé le besoin de se sentir soutenues psychologiquement par un professionnel de la santé au moment où elles sont dépistées pour le VIH (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Par ailleurs, ces 10 femmes interrogées dans le cadre d'une entrevue individuelle ont exprimé le besoin d'obtenir des services de dépistage

et de counseling en matière de VIH dans le même établissement qui offre des services d'aide en lien avec la VPI (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

Colombini et ses collaborateurs (2016) cités précédemment mettent également en lumière la perception des FVVIH quant au rôle que devraient jouer les prestataires de services spécialisés en VIH concernant le counseling en matière de VPI. Les FVVIH sont d'avis que les prestataires de services ont la responsabilité de les sensibiliser aux conséquences potentielles d'un dévoilement du statut VIH à leur partenaire amoureux et intime. Effectivement, les femmes anticipent les conséquences négatives au dévoilement de leur statut VIH, dont le blâme, la stigmatisation, les conflits et les comportements de violence de la part de leur partenaire (Colombini et al., 2016). Par ailleurs, 25 femmes latines victimes de VPI résidant aux États-Unis se sont aussi prononcées sur les interventions de counseling en matière de VIH qu'elles considèrent pertinentes à recevoir dans le cadre des services offerts dans les ressources d'hébergement pour femmes victimes de VPI (Rountree, Granillo, & Bagwell-Gray, 2015). Elles sont d'avis qu'une intervention de prévention des risques associés au VIH/SIDA leur serait bénéfique et contribuerait à les sensibiliser aux risques encourus face au VIH, aux pratiques sexuelles sécuritaires et aux composantes d'une relation intime saine (Rountree, Granillo, & Bagwell-Gray, 2015).

Bien que les femmes s'attendent à obtenir des services complémentaires et adaptés à leur condition de VIH et leurs expériences de VPI, plusieurs études empiriques déplorent que les organismes spécialisés en VIH et en VPI abordent souvent indépendamment la problématique du VIH de celle de la VPI dans leurs services respectifs (Distefano & Hubach, 2011; Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008). Toutefois, certaines initiatives ciblant la double problématique du VIH et de la VPI ont été mises en place malgré cette tendance à offrir des services peu concertés entre les deux secteurs d'intervention.

1.3.2 L'appréciation des services reçus

Des études ont également documenté l'opinion des femmes par rapport aux services et aux interventions qu'elles ont reçues en matière de VIH et de VPI. L'étude de Illangasekare et ses collègues (2014) visait à explorer la perception du soutien reçu de la part des professionnels auprès de 24 femmes afro-américaines vivant avec le VIH et rapportant des expériences de VPI. Parmi celles ayant dévoilé des expériences de VPI à un professionnel de la santé spécialisé en VIH, certaines se disaient insatisfaites de la réponse obtenue de leur part. Elles déploraient, entre autres, l'attitude de fermeture de certains professionnels lors des échanges qui concernent la VPI. Certaines estimaient que les impacts de la VPI sur leur santé mentale étaient minimisés par certains professionnels (Illangasekare et al., 2014). Au Kenya, parmi les 30 FVVIH interrogées, certaines ont mentionné avoir été informées par les professionnels de la santé des risques d'être confrontées à la stigmatisation suivant leur diagnostic au VIH. En contrepartie, elles déploraient ne pas avoir été informées spécifiquement des risques de VPI suite au dévoilement de leur séropositivité à leur partenaire intime (Colombini et al., 2016).

Au Canada, dans un centre de santé spécialisé en VIH, l'équipe multidisciplinaire a notamment implanté un service de dépistage systématique de la VPI auprès des patients vivant avec le VIH (Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Ces pratiques de dépistage étaient intégrées à la routine de soins de santé associés au VIH. Chaque patiente était invitée à répondre par oui ou par non à une affirmation générale selon laquelle elle aurait déjà vécu, ou non, une expérience de victimisation au cours de sa vie, incluant les expériences de VPI. Lorsque les femmes rapportaient des expériences de VPI, des questions relatives à la nature des gestes des violences subies, la période durant laquelle ces violences ont été subies et le lien avec l'agresseur étaient posées. Les femmes étaient ensuite dirigées vers des ressources psychosociales offertes à la clinique, par exemple des travailleurs sociaux et des psychologues (Raissi et al., 2015;

Siemieniuk et al., 2010). Interrogées sur leur appréciation de ce protocole de dépistage de la VPI, les FVVIH ont mentionné avoir éprouvé des difficultés à répondre aux questions des professionnels sur la victimisation étant donné que ces derniers n'avaient pas clairement défini, au préalable, en quoi consistait la VPI (Raissi et al., 2015). Aucune étude, à notre connaissance, ne semble avoir documenté l'appréciation des femmes victimes de VPI par rapport aux interventions de dépistage du VIH.

En somme, les femmes ayant participé aux études recensées font état de leur intérêt à obtenir des services complémentaires, intégrés sous un même établissement et adaptés à leur condition de VIH et leurs expériences de VPI. Elles expriment le besoin de recevoir du soutien et de l'information de la part des professionnels par rapport aux intersections entre le VIH et la VPI. Toutefois, les besoins de soutien et de counseling des femmes ne semblent pas être comblés par les services offerts, ce pour quoi il s'avère nécessaire d'explorer les pratiques d'intervention des prestataires de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections.

1.4 Les pratiques d'intervention en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections

Afin d'obtenir une meilleure compréhension des interventions offertes en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections, il est pertinent de recueillir le point de vue des prestataires offrant des services en la matière dans le cadre de leur pratique professionnelle. La prochaine section dresse d'abord un portrait des pratiques d'intervention qui ciblent les intersections entre le VIH et la VPI. Ensuite, les défis associés à ces pratiques d'intervention sont présentés, suivis des besoins de formation exprimés en réponse à ces défis.

1.4.1 Les pratiques d'intervention des prestataires de services spécialisés en VIH ciblant la VPI

À notre connaissance, trois études seulement se sont attardées aux pratiques d'intervention des prestataires de services spécialisés en VIH en matière de VPI. Les principales pratiques d'intervention déployées en matière de VPI visent l'élaboration d'un plan de sécurité, l'écoute et le référencement (Distefano & Hubach, 2011; Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010).

L'étude de Distefano et Hubach (2011), réalisée à San Francisco aux États-Unis, visait à identifier les mesures d'accompagnement et d'intervention en matière de VIH et de VPI des prestataires de services de santé et services sociaux. Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de 30 professionnels détenant une expertise en VIH et/ou en violence, dont 12 prestataires des services de santé, 11 prestataires des services sociaux et 7 ayant un mandat d'intervention dans le réseau des services de santé et services sociaux. Selon les résultats obtenus, les prestataires de services détenant une expertise en VIH affirment accompagner fréquemment dans leur pratique des FVVIH aux prises avec une problématique de VPI. Plus d'un tiers des prestataires de services aurait accompagné les femmes dans l'élaboration d'un plan pour assurer leur sécurité en cas de VPI. Toutefois, les prestataires de services rapportent avoir élaboré un plan de sécurité uniquement lorsque les femmes exprimaient explicitement être victimes d'une situation de VPI ou des risques compromettant leur sécurité. Autrement dit, aucun protocole de dépistage de la VPI n'était offert systématiquement par les prestataires de services malgré la vulnérabilité accrue des utilisatrices de services face à la VPI (Distefano & Hubach, 2011).

Par ailleurs, le référencement vers des ressources spécialisées serait une mesure d'intervention régulièrement employée par les professionnels spécialisés en VIH (Distefano et Hubach, 2011; Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Effectivement, les FVVIH ayant dévoilé une situation de VPI dans le cadre de soins de santé associés au VIH auraient été référées vers des travailleurs sociaux ou psychologues de la même clinique, ou encore vers des ressources d'aide extérieures

(psychologues, professionnels spécialisés en violence sexuelle et autres professionnels de la santé) (Distefano & Hubach, 2011; Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Qu'il s'agisse des prestataires des secteurs d'intervention du VIH ou de la VPI, le référencement est une stratégie appropriée pour répondre aux besoins exprimés par la clientèle relativement aux intersections entre le VIH et la VPI (Distefano & Hubach, 2011).

1.4.2 Les pratiques d'intervention des prestataires de services spécialisés en VPI ciblant le VIH

Quant aux pratiques d'intervention en matière de VIH privilégiées par les prestataires de services spécialisés en VPI, quatre études démontrent qu'elles réfèrent principalement à l'intégration de stratégies de prévention des risques associés au VIH dans le plan d'intervention des femmes victimes de VPI et au référencement (Distefano & Hubach, 2011; Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

Selon la perspective des prestataires de services spécialisés en VPI, deux études ont documenté les mesures d'accompagnement et d'intervention en matière de VIH déployées auprès des femmes fréquentant une ressource d'hébergement pour femmes victimes de VPI aux États-Unis (Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008). Dans l'étude de Rountree (2005), l'auteure révèle qu'aucune des huit ressources d'hébergement sollicitées n'avait implanté des pratiques d'évaluation des risques associés au VIH et des pratiques de counseling en matière de VIH à l'intention des femmes qui fréquentent leur organisme. Selon les 8 professionnelles interrogées (directrices, coordonnatrices, intervenantes et personnel en ressources humaines), l'évaluation des risques associés au VIH s'inscrit plutôt dans une démarche d'évaluation plus vaste dans laquelle la question du VIH n'est pas discutée systématiquement avec la clientèle. En fait, les prestataires de services craignaient une

restructuration des règlements au sein de leur organisme et les litiges potentiels avec la clientèle en procédant à l'évaluation systématique des risques associés au VIH dans leur milieu de pratique (Rountree, 2005). Dans une autre étude de Rountree, Pomeroy et Marsiglia (2008), les auteurs révèlent que seulement trois ressources d'hébergement parmi les 21 sollicitées avaient intégré des stratégies de prévention des risques associés aux ITSS et au VIH dans le plan d'intervention des femmes. Bien que les prestataires de services aient participé à une formation sur les facteurs de risque et les stratégies de prévention des risques associés au VIH, la majorité d'entre eux rapportait ne pas être intervenue auprès de leur clientèle (Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008). Les 21 prestataires interrogés (directrices, coordonnatrices, intervenantes et autres) sont d'avis qu'un programme de prévention du VIH à l'intention des femmes victimes de VPI est pertinent et bénéfique, même si aucune de ces ressources n'offrait ce type de service au moment de l'étude.

L'étude de Distefano et Hubach (2011) dont la méthodologie a été décrite précédemment visait également à sonder les professionnels détenant une expertise en VPI concernant les mesures d'accompagnement et d'intervention individuelle qu'ils mettaient en place en matière de VIH. En comparaison avec les prestataires de services spécialisés en VIH, les prestataires de services spécialisés en VPI auraient moins tendance à dépister et à discuter du VIH avec leur clientèle. Du point de vue des prestataires qui accompagnent des femmes victimes de VPI, il semble que le VIH ne soit pas une préoccupation exprimée par les utilisatrices de services (Distefano & Hubach, 2011).

Le référencement vers des ressources spécialisées en VIH est la mesure d'intervention privilégiée par les prestataires de services qui détiennent une expertise en VPI. Plus de 85,7% (18/21) des prestataires des maisons d'hébergement pour femmes victimes de VPI réfèrent la clientèle vers des ressources de dépistage, de counseling et de traitement du VIH (Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008). Selon les prestataires de

services interrogés, le dépistage du VIH auprès des femmes fréquentant une ressource pour femmes victimes de VPI constitue une occasion unique de les orienter vers les ressources spécialisées en VIH (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

En définitive, les études documentant les pratiques d'intervention en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections déployées par les prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI sont peu nombreuses et mettent en relief un manque flagrant d'interventions. Les études ne permettent pas de dresser un portrait exhaustif des pratiques d'intervention offertes aux femmes touchées par le VIH et la VPI. Ainsi, afin de pallier ces lacunes, le présent mémoire contribuera à alimenter ce portrait en documentant notamment les pratiques d'intervention en la matière chez les prestataires de services communautaires au Québec. Afin de mieux comprendre ce manque d'interventions, des études empiriques ont exploré les défis d'intervention auxquels sont confrontés les prestataires de services.

1.4.3 Les défis qui modulent les pratiques d'intervention des prestataires de services

Les prestataires de services révèlent deux sources de défi qui peuvent limiter leurs pratiques d'intervention en matière de VIH et de VPI, à savoir les défis qu'ils associent à la clientèle qu'ils desservent et ceux qui relèvent de leur niveau de connaissances.

1.4.3.1 Des défis relatifs aux utilisatrices de services

Les études empiriques présentées dans cette section font état des difficultés exprimées par les prestataires de services et ce, à partir de leurs perceptions et de leurs expériences professionnelles.

Williams, Gonzalez-Guarda et Ilias (2017) ont documenté le processus d'implantation d'un programme de dépistage du VIH dans un centre de justice familiale situé dans le

Sud-Est des États-Unis, un programme qui n'est toutefois pas décrit dans l'étude. Le centre en question dispensait des services à l'ensemble de la communauté, mais particulièrement aux femmes victimes de VPI, de violences sexuelles ou d'exploitation sexuelle. Au total, cinq prestataires de services spécialisés en VIH et quatre prestataires de services spécialisés en VPI ont partagé, dans le cadre d'une entrevue individuelle semi-dirigée, les barrières et les défis qu'ils ont rencontrés dans le processus d'implantation du programme de dépistage du VIH. Les prestataires de services affirment avoir éprouvé des difficultés à conseiller les femmes par rapport aux stratégies de prévention des risques associés au VIH. De leur point de vue, ces difficultés s'expliquent par le fait que le dépistage du VIH et l'acquisition de connaissances sur les stratégies de prévention des risques associés au VIH ne sont pas des priorités chez les femmes victimes de VPI. Comme elles ont à composer avec plusieurs besoins primaires à la fois (ex. se sentir en sécurité, être logées, obtenir un ordre de protection et trouver un emploi), elles ne sont pas particulièrement disposées à recevoir de l'information sur le VIH. Toujours selon le point de vue des prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI, le dépistage du VIH chez les femmes victimes de VPI peut exiger le dévoilement d'expériences de violence sexuelle comme elles constituent un facteur de risque important à la contraction du VIH, ce qui peut par la suite réactiver le trauma chez les femmes (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

Par ailleurs, certaines femmes choisissent de taire leur statut sérologique aux prestataires de services. En effet, les prestataires spécialisés en VPI estiment que les femmes préfèrent ne pas dévoiler leur statut VIH par crainte qu'un service d'hébergement leur soit refusé. Ils affirment également que les femmes ne sont pas disposées émotionnellement à discuter des facteurs de risque associés au VIH dans le cadre de leur séjour dans une ressource d'hébergement (Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008).

En somme, les prestataires de services disent être confrontés à des résistances de la part des femmes dans le cadre de leurs pratiques d'intervention. Selon eux, le fait que les femmes ne soient pas disposées à aborder les intersections entre le VIH et la VPI et qu'elles taisent leur statut sérologique constitue des freins à la prestation de services. Le risque de réactiver des traumatismes de violence suivant l'intervention constitue également un défi, selon le point de vue des prestataires de services, qui peut limiter leurs pratiques d'intervention.

1.4.3.2 Des défis associés au niveau de connaissances des prestataires de services

Les prestataires de services des deux secteurs d'intervention déclarent avoir à composer avec des défis liés à l'acquisition et à l'application des connaissances en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections dans leurs pratiques, limitant par le fait même la portée de leurs interventions.

Des prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI ayant participé à une entrevue individuelle affirment être en mesure de discerner la relation bidirectionnelle entre le VIH et la VPI (le VIH est associé aux expériences de VPI et, en retour, les expériences de VPI sont associées à la contraction du VIH) (Distefano & Cayetano, 2011). Toutefois, certains d'entre eux disent éprouver des difficultés à identifier les facteurs de vulnérabilité devant être ciblés par des interventions subséquentes (Distefano & Cayetano, 2011; Distefano & Hubach, 2011). Schaan et ses collaborateurs (2012) ont réalisé une étude au Botswana qui visait notamment à évaluer le niveau de connaissances relatives à la santé sexuelle des FVVIH chez 87 prestataires spécialisés en VIH. Cette étude conclue que la moitié des prestataires ayant répondu au questionnaire était en désaccord ($n = 24$) ou se positionnait comme étant ni en accord ni en désaccord ($n = 23$) avec l'affirmation selon laquelle les expériences de VPI vécues chez les femmes sont fortement associées à la contraction du VIH (Schaan et al., 2012). Les prestataires des 21 ressources d'hébergement aux États-Unis ont partagé, dans le

cadre d'une entrevue individuelle, leurs difficultés à dépister le VIH chez les femmes qui fréquentent leurs services et ce, malgré le fait qu'elles possèdent des connaissances justes en matière de VIH (Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008). Le manque de connaissances en matière de VIH limite, selon les prestataires de services spécialisés en VPI sondés, leur capacité à offrir des interventions qui répondent aux besoins des femmes (Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008).

En somme, les pratiques d'intervention des prestataires de services semblent limitées par leur manque de connaissances sur les intersections entre le VIH et la VPI. Ce manque de connaissances peut se traduire par des besoins particuliers en termes de formation. Des études ont d'ailleurs exploré plus spécifiquement les besoins de formation des prestataires de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections.

1.4.4 Les besoins de formation des prestataires

Les études présentées dans cette section permettent de documenter les activités de sensibilisation et de formation en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections à l'intention des prestataires de services qui travaillent auprès des femmes touchées par le VIH et la VPI.

Tel que présenté précédemment, l'étude de Distefano et Hubach (2011) visait plusieurs objectifs dont celui d'identifier les besoins des prestataires de services de santé et sociaux associés à l'intervention auprès des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI. Au sein d'un échantillon constitué de 30 professionnels ayant participé à l'étude, 87% ont nommé le besoin d'être sensibilisés et formés en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections. Les prestataires des deux secteurs d'intervention ont témoigné avoir éprouvé des difficultés à maintenir et à acquérir des connaissances sur la cooccurrence entre le VIH et la VPI. En ce sens, l'ensemble des professionnels

interrogés détenant une expertise en VIH a mentionné vouloir acquérir des connaissances quant aux manifestations de la VPI et aux stratégies de dépistage, de prévention et d'intervention à privilégier (Distefano & Hubach, 2011; Prust et al., 2017; Wyatt et al., 2011). Quant aux prestataires détenant une expertise en VPI, ils ont aussi exprimé, dans le cadre d'une entrevue individuelle, le besoin de recevoir une formation sur le VIH (Distefano & Hubach, 2011). Les prestataires qui travaillent dans les ressources d'hébergement pour femmes victimes de VPI ont insisté sur la nécessité d'être formés sur les bonnes pratiques d'évaluation des risques associés au VIH et de counseling en matière de VIH (Rountree, 2005). Bien qu'il soit recommandé d'accroître la sensibilisation aux intersections entre le VIH et la VPI auprès des prestataires de services, notamment les prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI (McCree et al., 2015), à notre connaissance, aucun outil de sensibilisation et de formation ne semble avoir été implanté.

Tout compte fait, les études qui documentent les besoins de formation des prestataires se sont surtout intéressées à documenter la perspective des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, au détriment de celle des intervenants qui travaillent dans le réseau des OC. D'ailleurs, à notre connaissance, l'étude de Distefano et Hubach (2011) est l'une des seules à avoir sondé à la fois les prestataires de services spécialisés en VIH et les prestataires de services spécialisés en VPI.

1.5 Lacunes sur le plan des connaissances actuelles et objectifs de recherche

À la lumière de cette recension des écrits, nous constatons un manque de données empiriques sur les intersections entre le VIH et la VPI vécues par les femmes. Alors que l'étude de cette double problématique est en émergence dans les écrits scientifiques, peu d'études empiriques se sont attardées aux services offerts aux femmes touchées par le VIH et la VPI. Encore moins nombreuses sont celles qui ont exploré les pratiques d'intervention des prestataires de services, les défis associés à ces

pratiques d'intervention et à leurs besoins de formation en la matière. Pourtant, un besoin d'accompagnement et de soutien qui tient à la fois compte de la problématique du VIH et celle de la VPI est exprimé par les femmes (Colombini et al., 2016; Raissi et al., 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Afin de mieux répondre à ce besoin de prise en charge, la collaboration entre les secteurs d'intervention spécialisés en VIH et en VPI est souhaitée (McCree et al., 2015). Toutefois, à notre connaissance, les pratiques visant à mobiliser la coordination et la concertation des services entre ces deux secteurs d'intervention sont à toutes fins inexistantes tant au Québec qu'ailleurs au Canada. Dans les faits, comme il a été mentionné précédemment, les ressources s'en tiennent aux mandats respectifs de leur organisation, abordant ainsi indépendamment la problématique du VIH et celle de la VPI (Distefano & Hubach, 2011; Rountree, 2005; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008).

Quant aux populations à l'étude, la plupart des études empiriques a sondé les prestataires de services du réseau de la santé et des services sociaux, c'est-à-dire les médecins, les infirmiers, les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux et autres cliniciens. En ce sens, le point de vue des intervenants qui travaillent dans le réseau des OC, tant dans le secteur du VIH que celui de la VPI, est rarement sondé. Pourtant, ces intervenants de première ligne jouent un rôle clé dans le processus d'accompagnement et de soutien offert aux femmes de par les liens privilégiés qu'ils entretiennent avec elles. Par ailleurs, encore plus rares sont les études qui ont sondé à la fois les prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI. Seulement deux études ont considéré le point de vue des prestataires de services de ces deux secteurs d'intervention pour documenter l'offre de services en matière de VIH et de VPI (Distefano & Hubach, 2011; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017), alors qu'un regard croisé peut s'avérer particulièrement pertinent pour explorer les pratiques d'intervention mobilisées dans chacun de ces secteurs. À ce propos, l'entrevue de groupe, une méthode de collecte de données qui est négligée par les études empiriques recensées dans cet état des connaissances, permettrait de favoriser l'échange entre les

prestataires des deux secteurs d'intervention concernés. En définitive, cet écart sur le plan des connaissances mérite d'être comblé en explorant, dans le cadre d'entrevues de groupe qui rassemblent les prestataires de services communautaires spécialisés en VIH et en VPI, leurs besoins de formation et de sensibilisation aux intersections entre le VIH et la VPI.

Pour pallier les limites nommées précédemment, le premier objectif du présent mémoire est de documenter, à partir du point de vue croisé des prestataires d'organismes communautaires (OC) de lutte contre le VIH et de ressources pour femmes victimes de VPI, leurs pratiques d'intervention, les défis d'intervention rencontrés et leurs besoins de formation et de sensibilisation. Le deuxième objectif vise à décrire les défis associés à la coordination des services entre les deux secteurs d'intervention concernés. En termes de retombées, il est souhaité que ce mémoire contribue au développement d'interventions à l'intention des prestataires de services communautaires. De telles interventions contribueront à consolider les pratiques des prestataires de services communautaires, lesquels jouent un rôle clé et de première ligne dans les démarches de recherche d'aide des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI. Elles permettraient également de consolider les liens entre les deux secteurs d'intervention concernés, réunissant ainsi les conditions garantes d'une offre de services concertée et adaptée à la réalité des femmes. Les résultats obtenus contribueront ainsi à consolider leurs pratiques d'intervention et à favoriser une approche intersectorielle dans le domaine du VIH et de la VPI.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

L'approche centrée sur les traumatismes (Trauma-Informed Approach) a été mobilisée dans le cadre de ce mémoire pour soutenir l'analyse des besoins de formation et de sensibilisation mise de l'avant. Ce chapitre décrit d'abord les principes clés de cette approche et annonce, par la suite, ses effets prometteurs sur le bien-être des femmes qui en bénéficient.

2.1 L'approche centrée sur les traumatismes

Parmi les approches de soins de santé à l'intention des femmes vivant en situation de vulnérabilité, l'approche centrée sur les traumatismes gagne l'intérêt de la communauté scientifique et pratique. L'approche centrée sur les traumatismes (*Trauma-Informed Care*) vise à offrir des soins de santé et des services sensibles aux diverses expériences traumatiques que peuvent vivre les femmes au cours de leur vie, tout en visant à réduire leurs conséquences sur la santé (Bowen & Murshid, 2016; Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015). Les traumatismes réfèrent à l'ensemble des expériences de violence basée sur le genre, dont la VPI, les violences à caractère sexuel et les violences structurelles (Bowen & Murshid, 2016; Wilson, Fauci, & Goodman, 2015). Les traumatismes renvoient également aux adversités auxquelles les femmes sont confrontées au cours de leur vie, par exemple, des conditions de santé physique, dont le VIH et autres ITSS (Wilson, Fauci, & Goodman, 2015). Considérant que le VIH et la VPI constituent des expériences traumatiques pouvant être vécues

conjointement par les femmes, ce cadre d'analyse s'avère particulièrement pertinent pour répondre aux objectifs de ce mémoire.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs chercheurs ont contribué à la théorisation de l'approche centrée sur les traumatismes, particulièrement l'équipe The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Cinq principes directeurs se dégagent des travaux (Bowen & Murshid, 2016; Elliott et al., 2005; SAMHSA, 2017; Wilson, Fauci, & Goodman, 2015). Ces principes réfèrent aux relations professionnelles qu'entretiennent les prestataires et les utilisatrices de services et ils visent à offrir des soins et des services de santé sensibles aux traumatismes en misant sur : 1) la sécurité; 2) la confiance; 3) la collaboration mutuelle; 4) l'autonomisation et le choix; et 5) l'intersectionnalité (Bowen & Murshid, 2016; SAMHSA, 2017). En permettant une compréhension holistique de la réalité des femmes, l'approche centrée sur les traumatismes contribue à promouvoir des services de qualité aux femmes qui vivent ou qui ont vécu par le passé des expériences traumatiques et qui présentent une vulnérabilité face à la revictimisation. Selon le SAMHSA (2017), les prestataires de services issus de tous les secteurs d'intervention devraient être non seulement en mesure de reconnaître les facteurs de risque et les impacts potentiels des traumatismes sur la vie des femmes, mais devraient également répondre aux besoins des femmes. Les prestataires de services devraient par le fait même détenir les connaissances les plus récentes sur les traumatismes, leur prévention et les enjeux relatifs à la revictimisation (SAMHSA, 2017).

Outre les principes qui guident les interventions des prestataires à l'intention des femmes qu'ils accompagnent, des stratégies sur le plan organisationnel sont proposées pour contribuer à offrir aux femmes des services qui tiennent compte de l'ensemble des traumatismes qu'elles peuvent vivre (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015). Parmi ces stratégies, le partenariat et la collaboration intersectorielle sont mis de l'avant. Les partenariats et la collaboration intersectorielle faciliteraient

notamment le développement et l'implantation de services, d'activités et d'outils de prévention et d'intervention ciblant directement les traumatismes (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtiger et al., 2015). Pour faciliter l'implantation de l'approche centrée sur les traumatismes, des auteurs recommandent de miser sur le travail d'équipe interdisciplinaire et la coordination des services entre les secteurs d'intervention concernés (Elliott et al., 2005; Machtiger et al., 2015).

2.1.1 Le principe de sécurité

Le principe de sécurité fait référence à la reconnaissance des expériences traumatiques vécues par les femmes de la part des prestataires de services, ainsi qu'à la prévention des traumatismes et des risques de revictimisation (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017). Dans le but d'assurer la sécurité physique et psychologique des utilisatrices de services qui vivent ou qui sont susceptibles de vivre des expériences traumatiques, il importe que les traumatismes soient d'abord reconnus par les prestataires de services. Cette reconnaissance des traumatismes de la part des prestataires de services s'avère favorable à la conduite d'interventions de dépistage et de prévention des traumatismes et ce, dans un environnement sécuritaire. Les prestataires de services doivent faire preuve de sensibilité et d'une attitude de non-jugement face aux expériences traumatiques auxquelles les femmes peuvent être confrontées.

2.1.2 Le principe de confiance

Un environnement dans lequel les femmes se sentent en confiance favorise le dévoilement des expériences traumatiques (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017). La confiance s'établit notamment par le respect du rythme des femmes où aucune pression n'est exercée à leur endroit pour qu'elles dévoilent certaines informations relatives aux traumatismes qu'elles ont vécus. La confiance est également garante de la transparence face aux services offerts par les prestataires de

services, c'est-à-dire la divulgation des informations sur les démarches à suivre pour obtenir un service, sur le type de services offerts, sur les effets escomptés sur la santé des femmes suite aux interventions effectuées et, s'il y a lieu, sur les enjeux liés à la confidentialité.

2.1.3 Le principe de collaboration mutuelle

La collaboration mutuelle constitue le troisième principe de l'approche centrée sur les traumatismes. Il renvoie à la mise en commun de l'expertise professionnelle (connaissances, habiletés et compétences) des prestataires de services et de l'expertise des utilisatrices de services relativement à leur propre vécu (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017). Les antécédents de traumatismes des femmes s'inscrivent dans un contexte culturel et social donné qui se doit d'être considéré dans les interventions mises en place. La collaboration mutuelle entre les prestataires et les utilisatrices de services mise sur le partage du pouvoir, où l'utilisatrice de services est considérée comme une agente active dans le processus d'amélioration de sa condition de santé.

2.1.4 Le principe d'autonomisation et de choix

Le principe d'autonomisation, communément appelée « empowerment », et de choix renvoie au contrôle qu'exercent les femmes sur leur santé et aux décisions qu'elles prennent concernant leur bien-être (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017). Les interventions offertes par les prestataires de services devraient contribuer à accroître l'autonomie des utilisatrices de services et leur sentiment de contrôle et d'auto-efficacité par rapport à leur santé. Les utilisatrices devraient être encouragées à prendre leurs propres décisions quant aux comportements à adopter pour favoriser leur condition de santé et aux démarches pour y parvenir. Pour ce faire, les prestataires de services devraient soutenir les utilisatrices de services dans

l'identification des différents choix qui s'offrent à elles et des pour et des contre associés à chacun d'eux afin de les guider vers une prise de décision éclairée.

2.1.5 Le principe d'intersectionnalité

Enfin, certains travaux proposent de mobiliser le principe de l'intersectionnalité dans les interventions. Ce principe renvoie à la sensibilité des prestataires de services aux multiples intersections oppressives que les femmes sont susceptibles de vivre, notamment celles liées au genre, à l'origine ethnique, au capacitisme, à l'âge et à l'orientation sexuelle (Bowen & Murshid, 2016). Il importe que les prestataires de services reconnaissent, d'une part, leurs positions sociales et leurs privilèges en tant qu'individu et en tant que professionnel. D'autre part, ils doivent être conscients des inégalités de santé et de la discrimination auxquelles sont confrontées les populations marginalisées, notamment les FVVIH victimes de VPI, afin de mettre en place des moyens de les contrer à même leurs services.

2.2 Effets prometteurs de l'approche centrée sur les traumatismes

Plusieurs travaux confirment la pertinence de mettre de l'avant l'approche centrée sur les traumatismes à travers l'ensemble des services destinés aux femmes (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; Machtinger et al., 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Le déploiement de cette approche permettrait de répondre de façon optimale aux besoins des femmes, particulièrement celles qui sont les plus vulnérables aux expériences traumatiques (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Elle contribuerait à diminuer les conséquences des traumatismes sur la santé des femmes et, par le fait même, favoriser leur bien-être et celui de leur famille et de leurs proches qui les côtoient et les soutiennent au quotidien (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; Machtinger et al., 2015).

Dans le champ de la santé sexuelle, deux études (Decker et al., 2018; Sullivan et al., 2018) ont récemment évalué l'efficacité d'interventions centrées sur les traumatismes sur différentes composantes individuelles (comportements sexuels sécuritaires, comportements de recherche d'aide, sentiment d'auto-efficacité, etc.). Une première étude évaluative quasi-expérimentale qui comportait un prétest et un post-test a été réalisée par Decker et ses collègues (2018). Cette étude visait à évaluer l'implantation et l'efficacité du programme INSPIRE notamment sur l'adoption de comportements sécuritaires et de recherche d'aide (*Integrating Safety Promotion with HIV Risk Reduction*). INSPIRE cible les travailleuses du sexe, qui sont particulièrement à risque de vivre de la violence et de contracter le VIH. Parmi les 60 femmes ayant participé au programme, 39 ont complété les questionnaires prétest et post-test qui mesuraient notamment les comportements sécuritaires et à risque dans le contexte de travail du sexe, les violences exercées par des clients et l'utilisation des ressources d'aide spécialisées. Après leur participation au programme, les femmes ont aussi participé à une entrevue individuelle semi-dirigée visant à documenter les changements perçus dans le cadre du travail du sexe suite aux interventions reçues et à en documenter l'appréciation. Les femmes rapportaient de meilleures habiletés de négociation du préservatif avec leurs clients, une fréquence moindre de consommation de drogues et d'alcool dans le cadre de leur travail et une plus grande utilisation des ressources d'aide spécialisées en situation de violence sexuelle exercée par le client. De plus, les femmes ayant participé au programme ont apprécié l'espace confidentiel offert à travers les interventions. Elles rapportent s'être senties suffisamment en confiance pour échanger au sujet de leurs expériences traumatiques (coercition sexuelle, violence sexuelle) vécues dans leur travail (Decker et al., 2018).

Quant à la seconde étude, celle de Sullivan et ses collaborateurs (2018), elle a été effectuée auprès de femmes victimes de VPI consultant des services d'hébergement. Cette étude visait à évaluer les effets d'interventions centrées sur les traumatismes sur le sentiment d'auto-efficacité et l'autonomisation en matière de sécurité. Dans cette

étude, les interventions centrées sur les traumatés référaient à un ensemble de pratiques, dont les pratiques de counseling, les groupes de soutien, les interventions en situation de crise, voire les interactions informelles entre les prestataires de services et la clientèle. Les interventions déployées par les prestataires de services devaient néanmoins s'appuyer sur les principes de l'approche, lesquels sont opérationnalisés dans le cadre cette étude par le respect mutuel entre les prestataires et les utilisatrices de services, l'accessibilité à une information adéquate sur les traumatés pour les utilisatrices de services, ainsi que la mise en valeur des forces et de l'agentivité des utilisatrices de services. Au total, 57 femmes ont rempli un questionnaire prétest quelques jours après leur admission en ressource d'hébergement, séjour d'une durée moyenne de 32 jours, et un questionnaire post-test 30 jours après. Ce questionnaire auto-rapporté mesurait les pratiques d'intervention misant sur les traumatés à l'aide de 33 items tirés du Trauma Informed Practice (TIP) Scale (Goodman et al., 2016), le sentiment d'auto-efficacité et l'autonomisation en matière de sécurité. Le sentiment d'auto-efficacité est mesuré par la capacité des femmes à gérer leurs préoccupations et les expériences stressantes qu'elles vivent au quotidien. Quant à l'autonomisation en matière de sécurité, elle se définit par la capacité des femmes à utiliser leurs propres stratégies pour se sentir en sécurité et à recourir à une source de soutien pour assurer leur sécurité. Selon les résultats obtenus, les femmes qui déclaraient avoir bénéficié d'interventions centrées sur les traumatés offertes par les prestataires de la ressource d'hébergement au cours du dernier mois rapportaient une amélioration significative de leur sentiment d'auto-efficacité et de leur autonomisation en matière de sécurité (Sullivan et al., 2018).

Toutefois, les auteurs de ces deux études évaluatives soulignent que leurs conclusions peuvent être limitées par la taille restreinte de leur échantillon et par l'absence d'un groupe témoin qui ne permet pas la comparaison entre les femmes ayant bénéficié de ces interventions de celles n'y étant pas exposées (Decker et al., 2018; Sullivan et al., 2018). Malgré ces limites méthodologiques, les conclusions mettent en lumière les

effets prometteurs de ces pratiques et des interventions inspirées de l'approche centrée sur les traumatismes sur la santé et le bien-être des femmes. Ces études réalisées auprès des femmes démontrent la pertinence pour les prestataires de services communautaires d'intégrer des services et des soins centrés sur les traumatismes. De plus, il est proposé par ces études des pistes d'intervention intéressantes qui se traduisent par la mise en place d'un espace confidentiel, du respect mutuel entre les prestataires et les utilisatrices de services, de l'accès à l'information sur les traumatismes, ainsi que de stratégies qui visent l'agentivité des utilisatrices de services. Il s'avérerait alors stratégique de mobiliser cette approche, à la fois théorique et pratique, pour soutenir l'analyse des données qui découlent du présent mémoire.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre décrit de façon exhaustive la démarche méthodologique empruntée pour répondre aux objectifs de recherche de ce mémoire. Le devis de recherche privilégié, les stratégies d'échantillonnage et de recrutement, les participants à l'étude, les procédures de collecte de données, ainsi que les stratégies d'analyses des données seront par la suite détaillés. Pour terminer, les procédures mises en place pour assurer le consentement libre et éclairé des participants et la confidentialité des données seront décrites.

3.1 Devis de recherche

Ce mémoire se situe dans une perspective exploratoire qui privilégie un devis de recherche qualitatif puisqu'il offre l'opportunité aux prestataires de services de faire valoir leur point de vue au sujet des intersections entre le VIH et la VPI. Un tel type de devis permettait aussi d'explorer un objet de recherche en émergence au Québec et ailleurs au Canada, celui des interventions mises de l'avant pour répondre aux besoins des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI (Gauthier, 2010).

3.2 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

La participation au projet pilote, dans lequel s'inscrit le présent mémoire, a été sollicitée sur une base volontaire selon un échantillon de milieu, institutionnel ou

géographique (Pires, 1997). En premier lieu, les OC de lutte contre le VIH et les ressources communautaires d'aide pour femmes victimes de VPI issus de trois régions administratives de la province du Québec (Montréal, Mauricie et Outaouais) ont d'abord été mobilisées par l'équipe de recherche. Considérant la tenue des journées d'activités communautaires à Montréal, les trois régions ont été ciblées par leur proximité et leur diversité géographique. Ce sont en effet trois régions avoisinantes qui comportent une zone urbaine, dont Montréal qui est la plus urbanisée et peuplée au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2018). À titre descriptif, la densité de la population de Montréal est de 4 081,5 habitants/km², celle de la Mauricie est de 7,6 habitants/km² et l'Outaouais est de 12,9 hab./km² (Institut de la statistique du Québec, 2018). Selon un rapport publié par l'Institut national de santé publique du Québec, le taux de nouveaux diagnostics de VIH, en 2016, était de loin supérieur pour la région de Montréal comparativement aux autres régions administratives du Québec, à savoir 8,7 pour 100 000 personnes. Pour la région de la Mauricie et de l'Outaouais, ce taux représentait dans l'ordre 0,8 et 2,0 pour 100 000 personnes (INSQP, 2017).

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA) a diffusé, par courriel, l'invitation à participer au projet pilote à tous leurs membres basés à Montréal, Mauricie et Outaouais. La direction des OC de lutte contre le VIH ayant témoigné un intérêt par le projet a ensuite été contactée, par téléphone, par un membre de l'équipe de recherche afin de leur présenter plus concrètement le projet de recherche. Suite à cette première prise de contact, la direction de quatre OC de lutte contre le VIH dans les régions ciblées ont fait part de leur intérêt à collaborer à ce projet pilote. Dans une visée de favoriser la collaboration intersectorielle, des démarches similaires de prise de contact ont été entreprises auprès du Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, par l'intermédiaire du Partenariat de recherches et d'actions Trajetvi, afin de cibler les ressources communautaires d'aide pour femmes victimes de VPI susceptibles d'être intéressées à participer. Chacun de ces OC de lutte contre le VIH a donc été pairé par région avec

une ressource communautaire d'aide pour femmes victimes de VPI. La direction de trois ressources communautaires d'aide pour femmes victimes de VPI a témoigné son intérêt à participer au projet de recherche. Enfin, la direction de chacun des OC a mandaté un à deux membres afin de participer au projet pilote à titre de personnes-ressources. La direction des OC était aussi invitée à participer.

3.3 Participants à l'étude

En ce qui a trait à la participation aux entrevues de groupe qui font l'objet du présent mémoire, tous les participants au forum communautaire étaient invités à y participer. Ils ont tous accepté d'y participer sans qu'aucune pression ne soit exercée. L'échantillon de l'étude est donc constitué de 12 prestataires de services communautaires (deux hommes et dix femmes), à savoir sept prestataires de services qui œuvrent dans un OC de lutte contre le VIH et cinq dans des ressources d'aide pour femmes victimes de VPI. Les prestataires de services communautaires ayant participé aux entrevues de groupe remplissaient les conditions suivantes: 1) occuper un poste de direction, de coordination ou d'intervenant dans un OC de lutte contre le VIH ou une ressource d'aide pour femmes victimes de VPI dans les trois régions ciblées au Québec, soit Montréal; Mauricie et Outaouais et; 2) s'exprimer suffisamment en français pour participer à une entrevue de groupe.

3.4 Collecte de données et déroulement

Lors de la première journée d'activités communautaires, les énoncés du formulaire d'information et de consentement ont été rappelés (objectifs, droits, confidentialité et anonymat). Les participants ont ensuite complété un court questionnaire socioprofessionnel d'une durée de 10 minutes visant à dresser un portrait de leurs caractéristiques (ex. sexe, âge, appartenance ethnique, fonction dans l'organisme, niveau de scolarité, etc.) (*voir Annexe B*). Ils ont par la suite participé à une entrevue

de groupe qui portait sur les besoins de formation et de sensibilisation des prestataires de services en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections. L'entrevue de groupe est pertinente pour répondre non seulement aux objectifs de ce mémoire, mais également aux visées du forum communautaire. Effectivement, cette méthode de collecte de données favorise les échanges et permet de contraster le point de vue de plusieurs acteurs (Gauthier, 2010).

La candidate, avec l'appui des chercheuses de l'équipe, a réalisé les entrevues de groupe. Au total, deux entrevues de groupe semi-dirigées, d'une durée moyenne de 70,5 minutes, ont été réalisées auprès des prestataires de services communautaires. Afin de consolider les liens entre les deux secteurs d'intervention, les prestataires de services d'un OC de lutte contre le VIH ont été pairés avec ceux d'une ressource communautaire d'aide pour femmes victimes de VPI de la même région. L'entrevue de groupe s'avère une méthode de collecte de données pertinente pour effectuer une analyse de besoins (Baribeau & Germain, 2010). D'une part, cette méthode offre l'opportunité aux participants de s'exprimer sur un sujet qui les concerne directement (Nadeau, 1988), ce qui est essentiel dans l'exploration des besoins de formation ressentis (Institut national de santé publique du Québec, 2008). D'autre part, les consensus et désaccords qui émergent des échanges entre les participants contribuent à la richesse du contenu. Dans le contexte de ce mémoire, ces échanges ont permis de mettre en commun les réalités que vivent les prestataires de services issus des deux secteurs d'intervention (Baribeau & Germain, 2010). Au cours des entrevues de groupe, plusieurs thèmes ont été explorés : 1) les services et activités offerts par les OC en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections; 2) les pratiques déployées par les prestataires pour aborder les intersections entre le VIH et la VPI; 3) les facilitateurs et les barrières associés au recours à ces pratiques et; 4) les connaissances, les attitudes et les habiletés d'intervention des prestataires relatives aux intersections entre le VIH et la VPI. La grille de discussion est présentée (*voir Annexe C*).

3.5 Stratégies d'analyses des données

Avec le consentement des participants, les entrevues de groupe ont été enregistrées sur bande audio et le contenu a été retranscrit intégralement sous forme verbatim. Dans un premier temps, une analyse de contenu classique (*conventional content analysis*) a été effectuée à partir des données brutes colligées (Hsieh et Shannon, 2005). Une lecture flottante du verbatim a d'abord été réalisée afin d'avoir une vue d'ensemble des données. Cette lecture flottante du contenu des deux entrevues de groupe a permis de relever les constats préliminaires qui s'en dégagent. Par la suite, un codage en unités thématiques a été soutenu à l'aide du logiciel N-Vivo version 12 (Edlund & McDougall, 2019) où les nœuds ont été minutieusement attribués à chacun des extraits de verbatim. Les nœuds s'appuient sur les thèmes et sous-thèmes de la grille de codification mixte qui, par ailleurs, est élaborée à la lumière des connaissances empiriques et bonifiée tout au long du processus d'analyse des données (*voir Annexe D*) (Hsieh et Shannon, 2005).

Constatant que plusieurs nœuds étaient liés à des principes de l'approche centrée sur les traumas, il est apparu pertinent d'approfondir cet angle d'analyse. Par conséquent, les données ont été soumises, dans un deuxième temps, à une analyse directe de contenu (*direct content analysis*) qui permet de valider et d'appuyer une théorie ou un cadre conceptuel (Hsieh & Shannon, 2005). Une seconde codification a alors été réalisée à partir du cadre conceptuel mobilisé dans la présente étude. Le recours de l'approche centrée sur les traumas a fait l'objet d'un consensus entre la direction de recherche et la candidate. S'inscrivant dans une démarche d'analyse déductive (Blais & Martineau, 2006), les nœuds ont alors été regroupés pour en dégager des catégories conceptuelles à la lumière des principes directeurs de l'approche centrée sur les traumas. Les nœuds restants ont été revus afin d'évaluer dans quelle mesure ils pouvaient s'intégrer ou non à l'une ou à l'autre des catégories conceptuelles en émergence. Pour le bénéfice du lecteur, un schéma d'ensemble offrant une synthèse de l'analyse des données réalisée

à partir des principes de l'approche centrée sur les traumatismes est présenté à l'annexe E (Hsieh & Shannon, 2005).

3.6 Considérations éthiques

Cette section aborde les procédures mises en place pour assurer le consentement libre et éclairé des participants et celles qui assurent la confidentialité des données. Par ailleurs, cette étude, qui s'inscrit dans un projet pilote plus vaste (# 1619_e_2017), a reçu l'approbation du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (CIEREH). Le certificat est d'ailleurs joint à ce mémoire (*voir Annexe F*).

3.6.1 Consentement libre et éclairé des participants

Afin d'assurer le consentement libre et éclairé des participants, une première rencontre téléphonique réunissant les acteurs des OC partenaires et les membres de l'équipe de recherche a eu lieu afin de présenter le projet de recherche. Par la suite, tous ont consulté, signé et retourné par courriel le formulaire d'information et de consentement avant leur participation aux journées d'activités communautaires (*voir Annexe G*). Le formulaire d'information et de consentement expliquait de façon détaillée le projet de recherche (but ultime, objectifs, retombées visées), l'implication des participants (procédures, avantages et inconvénients), les considérations éthiques (confidentialité, conservation des données, anonymat, etc.) et la compensation financière offerte. Une compensation financière était offerte aux participants pour couvrir les frais de déplacement, d'hébergement et de subsistance associés à la participation aux deux journées d'activités communautaires. S'ils avaient des questions relatives aux énoncés du formulaire, la coordonnatrice du projet de recherche demeurait disponible pour y répondre.

Des mesures supplémentaires ont été prises pour assurer le consentement libre et éclairé au début des journées d'activités communautaires. Premièrement, les participants ont été informés à nouveau de leur droit de se retirer en tout temps du projet de recherche et ce, sans conséquence ni préjudice. Deuxièmement, pour minimiser la censure des participants pouvant résulter des relations d'autorité qui peuvent s'exercer entre eux au cours de leur participation au forum, des règles de conduite (respect des droits de parole, courtoisie, parler pour soi-même et non pour les autres, confidentialité, etc.) ont été établies. Troisièmement, si les participants avaient des commentaires ou des plaintes à formuler concernant la dynamique de groupe, ils étaient invités à en faire part de vive voix à la chercheuse principale ou aux agentes de recherche à tout moment durant les deux journées afin que des solutions soient apportées.

3.6.2 La confidentialité des données

Afin d'assurer la confidentialité des données et de préserver l'anonymat des participants, plusieurs procédures ont été mises en place. Concernant les données qualitatives recueillies dans le cadre des entrevues de groupe, un numéro a été attribué aux participants. Dans le cas où les enregistrements audio contenaient des renseignements personnels permettant d'identifier directement ou indirectement les participants, ceux-ci ont été retranchés lors de la transcription. Lors du processus d'analyse des données, les données qualitatives ont été anonymisées et présentées sous forme d'analyse thématique ne permettant pas d'identifier les participants individuellement. En ce qui a trait aux données quantitatives récoltées via le questionnaire socioprofessionnel, un code numérique a été créé par les participants de sorte qu'aucune personne ni même l'équipe de recherche ne puisse associer le questionnaire à un participant. Quant aux transcriptions des entrevues de groupe, elles ont été enregistrées sur un serveur privé (non relié au réseau Internet) situé au Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité (Mylène Fernet) qui est verrouillé et sous système d'alarme. Les questionnaires socioprofessionnels sont également

conservés sous clé dans un local du laboratoire de recherche où seule l'équipe de recherche peut y accéder. Enfin, la candidate a signé, tout comme les membres de l'équipe de recherche, un formulaire d'engagement à la confidentialité (*voir Annexe H*).

CHAPITRE IV

ARTICLE

Trauma-Informed Practices to Address Intersections between HIV and Intimate Partner Violence Among Women: Perspective of Community Service Providers

Laura Désilets, M.A. UQAM

Mylène Fernet, PhD. UQAM

Joanne Otis, PhD. UQAM

Marie-Marthe Cousineau, PhD. Udm

Lyne Massie, M.A. UQAM

Alexandra De Pokomandy, PhD. McGill

Maria Nengeh Mensah, PhD. UQAM

Laura Désilets, M.A. UQAM, is a research coordinator, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada. Mylène Fernet, PhD, is Professor, Department of sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada. (fernet.mylene@uqam.ca). Joanne Otis, PhD, is Professor, Department of sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada. Marie-Marthe Cousineau, PhD, is Professor, School of Criminology, Université de Montréal, Montréal, Canada. Lyne Massie, M.A., is a research coordinator, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada. Alexandra De Pokomandy, PhD, is Assistant Professor, McGill University - Health Center,

Montréal, Canada. Maria Nengeh Mensah, PhD, is a Professor, School of Social Work, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.

*Corresponding Author: Mylène Fernet: fernet.mylene@uqam.ca.

Disclosures

The authors report no real or perceived vested interests related to this article that could be construed as a conflict of interest.

Acknowledgments

This study was funded by a grant from the Réseau sida et maladies infectieuses (SIDA/MI) du Fonds de recherche du Québec —Santé (FRQS), awarded to Mylène Fernet, and a grant from the Social Sciences and Humanities Research Council (# 895-2012-1027), awarded to Marie-Marthe Cousineau.

Key words: community-based research; community service providers; HIV; intimate partner violence; practice and interventions

Abstract

Mobilizing knowledge and communities, the current study aimed to document intervention practices, challenges and training needs concerning the intersections between Human Immunodeficiency Virus and Intimate Partner Violence among community service providers. Two focus groups were conducted with Human Immunodeficiency Virus and Intimate Partner Violence providers (n = 12). A direct content analysis using the Trauma-Informed Approach was performed. Results revealed that community service providers need to create a safe, trusting and mutually collaborative environment in which the intersections between Human Immunodeficiency Virus and Intimate Partner Violence trauma are recognized, screened, and discussed with women. These results also highlight the need to consolidate partnerships between Human Immunodeficiency Virus and Intimate Partner Violence organizations to provide relevant services that consider traumatic experiences. Overall, these findings support the urgent need to develop, implement and evaluate targeted community interventions that jointly address Human Immunodeficiency Virus and Intimate Partner Violence.

Key words: community-based research; community service providers; HIV; intimate partner violence; practice and interventions

Trauma-Informed Practices to Address Intersections between HIV and Intimate Partner Violence Among Women: Perspective of Community Service Providers

Worldwide, the co-occurrence of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Intimate Partner Violence (IPV) is an important public health issue among women (Li et al., 2014). The most recent data from UNAIDS (2019) estimated that more than 6 000 young women contract HIV every week. The three major modes of HIV transmission among seropositive women are consensual sex (51.6%), needle exchange (19.7%) and coercive sexual intercourse (16.5%) (Loutfy et al., 2015). The worldwide feminization of the HIV epidemic is therefore part of a social context marked by gender inequalities, structural violence and intimate partner violence (Orza et al., 2015). According to the Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study (CHIWOS), 80% of women living with HIV (WLHIV) will experience gender-based violence at least once after the age of 16 years old (control, physical, sexual, or verbal) (Logie, 2017). Another Canadian research has shown that more than 40% of WLHIV have reported IPV in their current or previous relationship (Siemieniuk et al., 2013). IPV encompasses physical, emotional and sexual violence, as well as stalking and control by an intimate partner (Breiding et al., 2015). The co-occurrence of HIV and IPV is associated with numerous physical, psychological, and sexual health issues that impact the quality of life of women (i.e. low compliance with HIV treatment, substance abuse, psychological trauma, risky sexual behaviours, sexual dysfunctions, STIs, etc.) (Bonacquisti & Geller, 2013; Costa et al., 2014; Seth et al., 2015; Siemieniuk et al., 2013). As recommended by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2017), a Trauma-Informed Approach is necessary for service providers in different fields, including HIV and IPV service providers, to comprehensively address women's needs and to optimize health services.

The Trauma-Informed Approach

Among the approaches to promote women's health in the context of HIV care, the Trauma-Informed Approach has received the most attention. The Trauma-Informed Approach proposes responsive care to victims of multiple traumas, that means health care and services that reduce the risk of victimization and the impact of trauma on the health of service users (Bowen & Murshid, 2016; Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; LeGrand et al., 2015). Trauma includes experiences of gender-based violence such as IPV. It also includes other physical health issues that women can face during their life course, such as HIV infection (Wilson, Fauci, & Goodman, 2015). By expert consensus, the Trauma-Informed Approach follow key principles that provide precise directions for improving care for women with a history of trauma such as safety, trustworthiness, mutual collaboration, empowerment, and intersectionality (cultural, historical, and gender issues) (Bowen & Murshid, 2016; SAMHSA, 2017).

According to a Trauma-Informed Approach, service providers across different sectors of intervention should be able to : 1) recognize risk factors for trauma and the impacts of these traumas on women's lives; 2) respond to the women's needs for physical, mental and sexual health, with the most current knowledge about traumas, and ; 3) prevent traumas and revictimization (SAMHSA, 2017). Coordination of services is key to implementing the Trauma-Informed Approach (Elliott et al., 2005). However, in practice, HIV and IPV service providers report being constrained to offer services that are directly in line with the mission of their organization (Distefano & Hubach, 2011; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008), limiting their ability to identify who would benefit from complementary interventions. Despite the promising effects of this approach on women's global health (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015), few studies have documented the practice of service providers in relation to the Trauma-Informed Approach and even fewer have focused on community service providers who offer services to women who experience both HIV and IPV traumas.

Trauma-Informed Practices and Challenges

Studies have documented service providers' practice, required skills, and challenges faced regarding HIV and IPV interventions among women (Distefano & Cayetano, 2011; Distefano & Hubach, 2011; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). HIV and IPV service providers have reported being aware of the stigma that women face surrounding both HIV and IPV (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Most HIV and IPV service providers know that HIV is a risk factor for IPV and sexual violence, and that IPV and sexual violence are associated with HIV (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Nevertheless, some HIV and IPV service providers find it difficult to explain the underlying mechanisms of these bidirectional relationships (e.g. substance abuse/addiction, poor mental health, HIV risk behaviours, sex work and trading sex, etc.) (Distefano & Cayetano, 2011). When offering support (listening, counselling, referencing) to clients, many HIV service providers mention intervening only when it is obvious that women were victims of IPV (Distefano & Hubach, 2011). Service providers may also be reluctant to offer HIV counselling to IPV victims because they have so many basic needs, other than getting information about HIV, to fulfill (e.g. feeling safe, obtaining protection order for their children, accessing to employment and lodging) (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Studies have shown that HIV and IPV providers feel that they lack knowledge and skills to support women who have experienced both HIV and IPV traumas (Distefano & Hubach, 2011; DiStefano & Cayetano, 2011; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008; Prust et al., 2017). HIV and IPV service providers refer women to social workers or psychologists at the same medical clinic, when possible, or to external support resources for abused women (Distefano & Hubach, 2011; Siemieniuk et al., 2010; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017).

Objectives

Authors have suggested that it would be beneficial to WLHIV if HIV and IPV service providers adopted a Trauma-Informed Approach (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; LeGrand et al., 2015). Yet, very few studies have documented how this approach should be integrated concretely into HIV and IPV care. Community services, including HIV-specific and IPV-specific services, provide an important entry point for responding to the needs of women who experience or are at risk of both HIV and IPV. However, few studies have taken a cross-sectoral perspective on these services. From the perspective of HIV and IPV community service providers, the present study aimed to document trauma-informed practices for women living at the intersections of HIV and IPV, as well as the challenges and training needs reported by service providers around this issue. The study also aimed to describe the challenges of service coordination across HIV and IPV sectors of intervention. Results from this study will shed light on how to improve, guide and coordinate practices for women in both HIV and IPV organizations. Given the recommendations of the WHO (World Health Organization) and UNAIDS in past years (WHO & UNAIDS, 2013), HIV service providers are likely to be aware of the importance of considering violence against women in HIV services.

Methods

The current study was conducted as a part of a larger community-based research for, by, and with WLHIV and women victims of IPV. In this project, needs assessment (step one) of the process of mobilizing knowledge and communities was undertaken to conceive a targeted intervention with community service providers and women living with both HIV and IPV (Otis, Bernier, & Lévy, 2015). The community forum was used to bring together community-based HIV and IPV practitioners and users to raise awareness about these social issues, and think collectively about future directions (Tétreault et al., 2013).

Participants, Recruitment and Procedures

At the beginning of the project, members of the province's Coalition of HIV Organizations were contacted to explore their interest in participating in community-based initiative on the intersections between HIV and IPV. First, the director, codirector, coordinator or stakeholder of each HIV community organization was first contacted. The organizations that showed interest were then contacted by phone and the procedures were explained. Four HIV organizations accepted to participate. With the objective of fostering collaboration, the four HIV organizations were paired with organizations supporting women with IPV in the same region to constitute dyads. A total of 12 community service providers (10 women and 2 men), including seven HIV service providers and five IPV service providers participated. These participants came from three socio-administrative regions of the province that differed in population density. e.g. an urban area, a semi-urban and a rural area. The director of each organization either participate in the initiative or could mandate one or two members of their team, with their consent, to represent the interests of the organization.

During the community forum, knowledge dissemination, knowledge updating about HIV and IPV issues, knowledge-sharing activities and focus groups took place. The study procedures were presented in detail to ensure adequate comprehension of study goals, procedures, risks and benefits. A consent form was then signed by the participants. Upon consent, participants individually completed a brief ten-minute questionnaire to provide an overview of socio-professional characteristics (gender, age group, occupation in the organization, education, etc.). Participants were also given a \$50 CAD compensation to cover travel, accommodation and meal costs. This study received the approval of the institutional research ethics board. Participation in the community forum activities, as well as focus groups, was on a voluntary basis.

Data Collection

Data were collected during community forum activities in June 2017 during which two focus groups were conducted. A focus group is an appropriate data collection method for conducting need assessments and offer the opportunity for participants to express themselves on a subject that directly concerns them (Baribeau & Germain, 2010). The objective of the focus groups was to document the training needs of community service providers. Four members of the research team, who had participated in the development of the semi-structured focus group discussion guide and had good knowledge of the literature, conducted these focus groups (one interviewer and one observer by group). Facilitators who conducted focus groups were trained in sexology and public health. These focus groups, lasting 67 and 74 minutes respectively, addressed the following themes: 1) HIV and IPV services and activities provided; 2) HIV and IPV practices (screening, counselling, formulating security plans, referencing, etc.); 3) facilitators and barriers related to the implementation of these practices; and 4) knowledge, attitudes and skills related to HIV and IPV traumas. For example, the following questions served as triggers for discussions on topics of interest: “Which services or activities target the intersections between HIV and IPV in your organization? ”; “What challenges did you face and what facilitated your work? ”; “What kind of support is offered to women who struggle with HIV and IPV in your organization? And “How do you perceive your role in supporting these women? ”.

Data Analysis

With participant consent, focus groups were audio-recorded and transcribed by a member of the research team. A direct content analysis was performed based on Trauma-Informed Approach (Hsieh & Shannon, 2005). This type of analysis involves three steps: 1) coding, which consists of dividing the material using a coding grid based on dimensions drawn from the scientific literature and the empirical material; 2) categorizing, during which all the codified extracts are summarized and attributed

themes in order to make sense of the narratives and to then create conceptual categories, and 3) linking, which involves identifying links between the conceptual categories. This schematization process allows the analysis to transition from a description to an explanation of the studied phenomenon. At Table 1, a schema illustrating how the principles of the Trauma-Informed Approach are considered in practice from the perspective of the participants. The analyses were performed in French and the identified themes and verbatim excerpts were translated for publication. N-Vivo software v.12 (Edhlund & McDougall, 2019) was used to support data analysis.

The quality and accuracy of analyses were maintained by a variety of measures specific to qualitative research. For example, team coding procedures (2 members) (Weston, Gandell, Beauchamp, McAlpine, Wiseman, & Beauchamp, 2001) were used to ensure intercoder reliability and the entire analysis was periodically revised independently by two researchers throughout the categorization process, which also contributed to validating the results. Member checking, also known as participant validation, was used as a validation technique to explore the credibility of the results (Birt et al., 2016). In this study, preliminary results were returned to participants to validate their accuracy and resonance with their experiences, and to guide subsequent analyses.

Results

In this section, the participants' socio-professional characteristics are presented, followed by the qualitative research findings.

Socio-Professional Characteristics. Of the 12 participants, most were between the ages of 31 and 40. In this sample, the ethnic background of participants was diverse: seven identified as Quebecois or Canadian (58.3%), two identified as Caribbean (16.7%), and the remaining three identified as First Nation (8.3%), Sub-Saharan African (8.3%) and Western European (8.3%). Five service providers were decision makers (directors, codirectors or coordinators), while seven worked with service users. All of them had held this position for an average of seven years. They were all trained in the social

sciences (psychology, psychoeducation, social work, sexology, special education, anthropology). Eight participants (66.7%) had a university degree and four (33.3%) had a college degree (post high school education).

Qualitative Research Findings. First, trauma-informed practices, challenges, and training needs were documented following three key principles of the Trauma-Informed Approach (see Table 1 for operational definitions of the key principles) (Bowen & Murshid, 2016; SAMHSA, 2017), namely: 1) safety (recognizing the women's traumatic life history and preventing further trauma and revictimization); 2) trustworthiness (promoting disclosure of trauma experiences by building trust and respecting the women's pace); and 3) mutual collaboration (bringing together service provider expertise with women's expertise about their own lives). Results are illustrated in Table 2. Finally, challenges, of service coordination across HIV and IPV sectors of intervention, are described in Table 3. Quotes are presented to support the results. The expressions "HIV service provider" or "IPV service provider" is used to preserve the anonymity of participants.

Safety: Recognizing the Women's Traumatic Life History and Preventing Further Trauma and Revictimization

The safety principle refers to the recognition of traumatic experiences experienced of women by service providers, as well as the prevention of trauma and re-victimization risks. In order to ensure the physical and psychological safety of service users who live or are likely to experience traumatic experiences, it is important that service providers recognize the trauma. The recognition of trauma by service providers is conducive to implementing screening and trauma prevention interventions in a safe environment (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017).

HIV and IPV service providers who participated in this study claimed to be understanding of the multiple realities that women face including HIV, experience of IPV, financial and residential instability, ethnic minority status, immigration issues and

unequal gender relations. Many HIV service providers reported being preoccupied by the intersections between HIV and IPV trauma because, daily, they met women who reported being victimized, including by IPV.

“I see it in my daily work. I meet women who are living with HIV and hepatitis C, vulnerable women. And the vast majority of them are victims of some form of violence”
HIV service provider, stakeholder (# 2).

However, some HIV and IPV service providers said they did not have the opportunity to reflect on the intersections between HIV and IPV trauma. One IPV director specified that HIV trauma was never discussed by her work team, in contrast to the attention given to other issues such as drug and alcohol use, and mental health:

“It [HIV] was never named by the stakeholders. They named a lot of mental illness issues, addiction issues, whatever we usually hear about. But specific to HIV, never”
IPV service provider, director (# 3).

HIV and IPV service providers reported that they did not systematically screen nor discuss HIV or IPV issues with women service users. Thus limiting opportunities to prevent trauma and revictimization associated with the intersections between HIV and IPV trauma. However, HIV service providers confirmed the interest and relevance of integrating IPV testing practices in their respective services to ensure a safe environment.

“We don’t systematically talk about IPV [...] The screening for abusive relationships, violence, it would be interesting on our side”
HIV service provider, stakeholder (# 6).

HIV service providers described situations in which they were able to screen for signs of IPV, even though some women were not able to recognize the intersection between HIV and IPV trauma in their lives.

“They [women] do not necessarily know they are experiencing IPV. There is an African woman who talked to me about her husband. She said he was too jealous, and he did not let her talk to just anyone. I understood that there was a problem of control, but she was not aware of it” HIV service provider, stakeholder (# 7).

A few HIV and IPV service providers said they contributed to the prevention of the intersections between HIV and IPV trauma. For example, one HIV stakeholder encouraged the development of self-esteem and self-affirmation skills among WLHIV as a prevention strategy. One IPV service provider mentioned using sexually transmitted infection (STI) prevention and awareness strategies in specific contexts, notably when women enter a new intimate relationship or reveal an infidelity committed by their current partner. However, these prevention strategies did not directly target HIV and IPV issues.

“In fact, when we talk about preventing HIV and STI, it is often limited to the use of condoms and explaining symptoms. But prevention is more global. We have to give information about condom use and screening tests, but we must also address all the other issues such as self-affirmation, self-esteem and knowing oneself” HIV service provider, stakeholder (# 7).

“Of course, we are raising awareness among women who have a new boyfriend. In our women’s shelter, sometimes we will see women who are dating many men. We will do prevention by giving condoms, talking about STI and risks, but talking directly about HIV, no” IPV service provider, director (# 5).

From their perspective, HIV and IPV service providers must make a greater effort to prevent the intersections between HIV and IPV trauma among women. They suggested providing a space for discussion and exchange during which information on HIV and IPV would be transmitted.

“Giving information and raising awareness of what intimate partner violence is [...] If only we could talk about it, demystify it, say what it is. It’s a role we have to take on” HIV service provider, coordinator (# 4).

Trustworthiness: Promoting Disclosure of Trauma Experiences by Building Trust and Respecting the Women’s Pace

An environment, in which women feel confident, promotes disclosure of traumatic experiences. Trust is established in particular by respecting women’s pace, where no pressure is exerted on them to disclose information relating to the traumas they have experienced. Service providers also need to be non-judgmental about the traumatic experiences that women may face (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017).

HIV and IPV service providers insisted on the importance of addressing the intersections between HIV and IPV trauma by providing a trusting environment for women who are experiencing multiple traumas. Several HIV and IPV service providers reported that building a trusting relationship with women and respecting their pace are necessary to address these intersections.

“When we are facing these situations [IPV in an ethnic minority context], we have to support the women very carefully, while protecting them because sometimes her life is in danger. [...] These people have built a sense of trust with me. They tell me everything or almost, because they feel secure” HIV service provider, director (# 9).

HIV service providers recognized barriers that service users could face when disclosing HIV or IPV to them. For example, at the women shelter, women may be afraid of being judged and rejected by service providers, or preoccupied by confidentiality issues.

“I work in an HIV organization. Women may be afraid to talk about it [IPV] with me. Will I judge her if she does not leave the abusive relationship? The fear of judgment is there on both sides [IPV and HIV organizations], that’s my sense. Women could

believe we will reject them because of their HIV status, when they come to a women's shelter" HIV service provider, stakeholder (# 6).

Mutual Collaboration: Bringing Together Provider Expertise with Women's Expertise About their Own Lives

Mutual collaboration is about sharing the professional expertise (knowledge, skills and competencies) of service providers and the expertise of service users with their own experiences. Mutual collaboration between service providers and service users relies on power-sharing, where the service user is considered an active agent in the process of improving their health status (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017).

To address the intersections between HIV and IPV trauma from a holistic perspective, participants focused on the importance of creating a mutually collaborative environment. For HIV and IPV service providers, given their limited areas of competence, they were not able to optimally address these intersections. They reported being attentive to women's needs and using counselling techniques and social intervention skills to support women on these issues. However, they felt poorly trained to help women who had experienced both HIV and IPV traumas.

"When women ask for help on the HIV issue, we always feel caught off guard. We don't know what to do, how to help them and how intimate partner violence happens within the relationship" IPV service provider, director (# 5).

To meet women's needs, HIV and IPV service providers expressed the need to better understand trauma issues from the other sector of intervention (e.g. HIV or IPV), the intersections between HIV and IPV trauma, and their impacts on the women's health.

"In the extreme, if she [service user of an IPV organization] wants to leave her husband and she is wondering about future boyfriends: Will I be able to have sex? I

would be unable to help her because I have no real knowledge about HIV” IPV service provider, director (# 5).

“I wonder if it’s possible that a partner changes. At the same time, I’m not naïve... I know it’s also a lot about controlling and that it may take years to even realize that. I would need a training to make the difference between a honeymoon phase and a real changing process, it’s quite delicate” HIV service provider, stakeholder (# 6).

For HIV and IPV service providers, it is their responsibility to gain knowledge about the issue that they have limited knowledge of (e.g. HIV or IPV) to address the intersections between HIV and IPV trauma with women.

“If we have to support them, for sure I would have the reflex to call resources to learn about it [HIV], while telling the woman that I don’t know much about it” IPV service provider, stakeholder (# 1).

HIV and IPV service providers expressed the need to know the best intervention practices to better support women who experience both HIV and IPV traumas. The IPV service providers wanted to be equipped to adequately receive the disclosure of a woman’s HIV status, while HIV service providers wanted skills to promote awareness of IPV among WLHIV.

“How to equip the social workers to interact with a woman who discloses her HIV status? Or like an abusive partner who threatens to disclose. How can I, as a social worker, be helpful to this woman?” IPV service provider, stakeholder (# 1).

“On our side, when we support women, we do not want to pour oil on the fire when it’s an abusive relationship. There is the risk of being criminalized, the risk that the partner reveals her HIV status in her environment. If we report the IPV to the police, have we just poured oil on the fire? Sometimes, I feel unsure about how to intervene” HIV service provider, stakeholder (# 6).

When the needs expressed by a woman exceeded their field of expertise, HIV and IPV said it was not only their responsibility to refer her to specialized resources, but also to establish contact between her and the professional to whom she is referred.

“To help her a little bit more, precisely at the intersection of violence and HIV, because I know there is a part of [addressing] HIV that is not within my role... I would refer them to other more specialized organizations.” IPV service provider, director (# 5).

“In this aspect, it’s not only about working with women victims of violence, it’s also about guiding them to resources that support women victims of violence.” HIV service provider, director (# 9).

HIV and IPV service providers expressed the need to know the resources of their community to better guide and inform women. For example, the IPV service providers wanted to know where the STI/HIV testing sites are located:

“We talked about lots of [HIV] testing kits and what I need to know is where they are across blind for review. I need to tell my workers that if they meet women [at risk of contracting HIV], here is the nearest resource” IPV service provider, director (# 3).

Meeting the Challenges of Service Coordination to Better Address Traumatic Experiences of HIV and IPV

Strategies at the organizational level are proposed to offer women services that take into account all the traumas they may experience. Among these strategies, partnerships and intersectoral collaborations are put forward to develop and implement prevention and intervention tools targeting trauma (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015). Narratives that illustrate service coordination are presented at Table 3.

Relevant services that favour a holistic perspective on women’s health must consider their traumatic experiences, such as the intersections between HIV and IPV trauma.

Most participating HIV and IPV service providers mentioned that the organization for which they worked did not offer services targeted to these intersections. However, a few HIV organizations offered related activities in their programming. Examples included screening for HIV among vulnerable women who are more likely to experience intimate and sexual violence (e.g., sex workers), and discussion groups about IPV with WLHIV.

“Once in a while, we will address the topic of IPV directly whether during support groups or any activity for women. But it is not a service. It’s integrated in the activities” HIV service provider, stakeholder (# 7).

HIV and IPV service providers indicated that the lack of services and activities targeting the intersections between HIV and IPV trauma could be explained by their respective organization’s mandate, which limited concerted action and encouraged non-integrated help for women who experience both HIV and IPV.

“We cannot offer everything to women living with HIV because they do not want to reveal their HIV status to other resources. We did our best, but ... [name of the HIV organization for which she works] cannot offer a women’s shelter to protect them from their abusive partner” HIV service provider, stakeholder (# 7).

However, HIV and IPV service providers expressed interest in collaborating and establishing links with service providers from the other sector of intervention in the same region, which appears not to have been done until now. Moreover, HIV service providers considered themselves well positioned to initiate, consolidate and lead partnership between HIV and IPV organizations.

“I realize I do not have any contact with women’s shelters, which would help a lot to create the confidence to refer. I see the importance of creating connections” HIV service provider, stakeholder (# 6).

“We have to build a bridge with these [IPV] resources. It is part of our responsibility, as an HIV advocacy group, to work on this” HIV service provider, director (# 9).

To ensure better service coordination across HIV and IPV sectors of intervention, HIV and IPV service providers suggested implementing a referral agreement between HIV and IPV organizations from the same region. Given professional role boundaries, each sector of intervention could define the conditions for support and referrals given to women affected by both HIV and IPV trauma.

“Knowing where the limit is and when am I supposed to support and intervene, when I could refer because they [HIV organizations] are more specialized in HIV issues. Vice versa. Same thing for them, how can they interact, how can they have a basis for IPV intervention. What is the limit to which they can go? How do we create contact? How does referral work?” IPV service provider, stakeholder (# 1).

Discussion

This qualitative study explored the practices, challenges and training needs of community service providers regarding the intersections between HIV and IPV trauma in women. Results of the current study highlighted community service providers' need to ground their practices in a safe, trusting and mutually collaborative environment through interventions with WLHIV who experience IPV. The findings also underline gaps in care for WLHIV who experience or are at risk of IPV.

Safety

Results suggest that HIV and IPV community service providers wish to recognize and screen for intersections between HIV and IPV trauma to prevent trauma and revictimization among women. HIV and IPV community service providers recognized the co-occurrence of HIV and IPV in women's lives, but only addressed it when the need was directly expressed by women. Considering the complexity of help-seeking processes among women victims of IPV (e.g. selecting a formal source of support),

many women never disclose experiences of IPV to health professionals (Lelaurain, Graziani, & Lo Monaco, 2017), hence the importance of integrating screening and prevention of the intersections between HIV and IPV trauma in their practice. In Canada, there is a health center specialized in HIV, with a multidisciplinary team, that offers a screening protocol for IPV among patients who have HIV (Raissi et al., 2015). Of the 158 patients who had participated in the evaluation of the screening protocol, the majority reported that the initiative was relevant (Raissi et al., 2015). When women reported IPV experiences, they were referred to psychosocial resources offered at the clinic, such as social workers and psychologists (Raissi et al., 2015). This innovative, trauma informed initiative responds to the need to receive support and assistance for both HIV and IPV, among WLHIV victims of IPV (Colombini et al., 2016, Raissi et al., 2015; Williams, Gonzalez-Guarda and Ilias, 2017).

The results also show that HIV and IPV community service providers feel poorly equipped to intervene with women who disclose experiences of trauma. This reluctance could be explained by fears of responding inappropriately (e.g. not being patient and supportive, pressuring to disclose or decide, not giving optimal advice, etc.) considering the deleterious effects of IPV on health (Feder & al., 2006). A study conducted by Williams, Gonzalez-Guarda, and Ilias (2017) also noted that HIV and IPV service providers apprehended reactivating trauma symptoms in women after their screening and counseling interventions and, consequently, undermine women's mental health status. Indeed, women who report IPV experiences face the devastating consequences of IPV on their mental health, such as post-traumatic stress symptoms, depression, anxiety, self-injury, insomnia, hypervigilance, concentration problems, etc. (Dillon et al., 2013; Hebenstreit et al., 2015; Logie, 2017). These results highlight an obstacle to the application of the Trauma-Informed Approach that suggests educating women about the relationship between IPV and HIV and its consequences for their mental health (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015).

Trustworthiness

The results show that community service providers interviewed in this study recognize the importance of building trust between service providers and service users to promote the disclosure of traumatic experiences. It is important to consider the issues of stigma and discrimination associated with the disclosure of HIV status, which can also deter women from disclosing their HIV status to professionals (St-Pierre-Gagné et al., 2014, Prust et al, 2017). Like HIV, IPV is a highly stigmatized social condition (Murray, Crowe, & Overstreet, 2018). It is therefore not surprising that the disclosure of traumatic experiences such as those associated with HIV and IPV are even more difficult for those living with HIV or who have had IPV experiences in the past. Therefore, as suggested by the Trauma-Informed Approach (SAMHSA, 2017), service providers need to be proactive in their interventions by creating spaces for discussion through which service users feel comfortable to unveil experiences associated with HIV and IPV. In addition, a thorough understanding of the plurality of traumas experienced by women would enable service providers to better identify, through different experiences shared by women, the risk factors associated with HIV and IPV (SAMHSA, 2017).

Mutual Collaboration

The results also show that HIV and IPV community service providers who took part in this study expressed the need for more adequate training pertaining to specific knowledge about the intersections between HIV and IPV trauma. This would allow them to provide a supportive environment for women, e.g. health care and services to reduce the risk of victimization and its health consequences (Bowen & Murshid, 2016; Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015). Limited knowledge is a challenge for HIV and IPV service providers in the implementation of trauma-informed practices (e.g. to screen for IPV trauma, to receive a disclosure of HIV status, promote awareness of IPV and know of adequate resources for referral). These results are consistent with those from a recent study by Prust and colleagues (2017) that also confirms the need for HIV service providers to have training

on issues surrounding IPV and to be better equipped with effective and responsive HIV and IPV intervention practices. Access to intervention tools could help put into practice the knowledge gained about HIV, IPV and their intersections, and therefore provide more satisfying and adapted response for women who benefit from HIV intervention (Prust et al., 2017). Although it is recommended to increase awareness regarding the intersections between HIV and IPV among service providers (McCree et al., 2015), to our knowledge, there is no awareness and training tool intended for service providers.

Service Coordination

Finally, the results indicate the importance of building and consolidating partnership between HIV and IPV organizations from the same region to facilitate supportive and referral practices. Some participants mentioned that they have never been in contact with the other sector of intervention, prior to participating in this project and expressed interest in knowing the available resources to refer women and create cross-sectorial partnerships. In fact, other studies raise that HIV and IPV resources tend to work independently according to their mission in opposition to concerted efforts (Distefano & Hubach, 2011; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008; Prust et al., 2017). However, the coordination of services between these sectors of intervention is a key element considering that WLHIV and victims of IPV experience multiple adversities that overlap (Daoud et al., 2016; MacGillivray, 2017; Valdez, Lim, & Lilly, 2013). The CHIWOS cohort study conducted in Canada indicated that their sample (1312 WLHIV) showed poor mental health, substance use, residential instability. They had also experienced immigration issues (context of war in the country of origin), physical, psychological and sexual abuse, during their lifetime (MacGillivray, 2017). Other studies confirm that the reality of women with IPV is often characterized by experiences of childhood victimization and revictimization in adulthood (Valdez, Lim, & Lilly, 2013). They also show precarious physical and mental health, residential instability, discrimination, and financial insecurity (Daoud et al., 2016). Furthermore, community service providers who participated in this study, particularly HIV service

providers, expressed openness to work in collaboration with other service providers to develop concerted services.

Strengths and Limitations

One strength of this study is its community forum, which is a promising tool for community-based research and to develop cross-sectoral action related to HIV and IPV services. Community-based research has the advantage of bringing together key social actors in different fields and creating synergy to work toward common goals in women's best interests. Given the recommendation to apply the Trauma-Informed Approach on the co-occurrence of HIV and IPV traumas (Brezing, Ferrara & Freudenreich, 2015) and narratives from service providers, we performed a direct content analysis of the data, drawing on its key principles. This is a secondary analysis of the data where the discussion grid was not developed to apprehend the principles of Trauma-Informed Approach but to perform a need assessment. Although each principle was not thoroughly addressed, it proposes ideas that have emerged spontaneously from service providers and that should be considered for future screening, prevention, supporting and referencing practices for service providers through a community-based research.

This study has some limitations. It included three regions out of a total of 17 in the province of Quebec (Canada) and 12 community service providers of seven HIV or IPV organizations. The small sample size does not allow to reach empirical saturation of the data, while analysis offers interesting clues on best practices to address the intersections between HIV and IPV trauma. Despite these limitations and given the limited research in this field, this work is fundamental to feed the reflection regarding the implementation of trauma-informed practices. As this study is part of a project that mobilized HIV and IPV actors on a voluntary basis, the community service providers who have agreed to participate were likely aware of these intersections. Finally, social desirability bias is an inherent limit associated with focus groups that could lead to

silencing or overvaluing participants' experiences (Baribeau & Germain, 2010). To minimize this bias, interviewers invited the participants to express their opinion honestly.

Implications for Research and Practice

These findings provide support for future directions in trauma-informed research and practice with WLHIV and women victims of IPV. Risk factors, mechanisms, health consequences on women regarding the intersections between HIV and IPV trauma are relatively well documented in the literature (Gilbert et al., 2015; Li et al., 2014; Phillips et al., 2013). Yet, efforts to address this co-occurring public health issue seem limited in North America (McCree et al., 2015). Additional research is needed to document best trauma-informed practices (prevention, screening, supporting and referencing) to target the intersections between HIV and IPV, and their effects on women. This study provides a needs assessment among community service providers, for developing targeted interventions. Cross-training, including the participation of HIV and IPV sectors of intervention, may be an effective strategy to increase awareness of the dynamics involved in the intersections between HIV and IPV trauma among HIV and IPV community service providers (McCree et al., 2015; WHO & UNAIDS, 2013).

Conclusion

Community service providers recognize the importance of addressing the intersections between HIV and IPV as part of their responsibilities, but they feel ill-trained to screen, educate, support and refer women in this situation. Overall, these findings support the urgent need to develop, implement and evaluate targeted community interventions that jointly address HIV and IPV.

References

- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. Retrieved from [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/numero_comp let_29\(1\).pdf#page=31](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/numero_comp let_29(1).pdf#page=31)
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802-1811. doi: 10.1177/1049732316654870
- Bonacquisti, A., & Geller, A.P. (2013). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23-24), 3328-3336. doi:10.1111/jocn.12101
- Bowen, E.A., & Murshid, N.S. (2016). Trauma-Informed social policy: A conceptual framework for policy analysis and advocacy. *American Journal of Public Health*, 106(2), 223-229. doi:10.2105/AJPH.2015.302970
- Breiding, M.J., Basile, K.C., Smith, S.G., Black, M.C., & Mahendra, R.R. (2015). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*, version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Brezing, C., Ferrara, M., & Freudenreich, O. (2015). The syndemic illness of HIV and trauma: Implications for a Trauma-Informed Model of care. *Psychosomatics*, 56(2), 107-118. doi:10.1016/j.psych.2014.10.006
- Colombini, M., James, C., Ndwiga, C., Integra Team, & Mayhew, S. H. (2016). The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 20766. doi: 10.7448/IAS.19.1.20766
- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., . . . & Barros, H. (2014). Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: Findings from the DOVE study. *Quality of Life Research*, 24(2), 463-471. doi:10.1007/s11136-014-0766-9

- Daoud, N., Matheson, F. I., Pedersen, C., Hamilton-Wright, S., Minh, A., Zhang, J., & O'Campo, P. (2016). Pathways and trajectories linking housing instability and poor health among low-income women experiencing intimate partner violence (IPV): Toward a conceptual framework. *Women & Health, 56*(2), 208-225. doi:10.1080/03630242.2015.1086465
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine, 2013*. doi:10.1155/2013/313909
- DiStefano, A.S., & Cayetano, R. J. (2011). Health care and social service providers' observations on the intersection of HIV/AIDS and violence among their clients and patients. *Qualitative Health Research, 21*(7), 884-899. doi:10.1177/1049732311403501
- DiStefano, A.S., & Hubach, R.D. (2011). Addressing the intersections of violence and HIV/AIDS: A qualitative study of service providers. *Violence and Victims, 26*(1), 33-52. doi:10.1891/0886-6708.26.1.33
- Edhlund, B., & McDougall, A. (2019). *Nvivo 12 essentials: Your guide to the leading qualitative data analysis software*. Stallarholmen, Sweden: Form & Kunskap AB.
- Elliott, D.E., Bjelajac, P., Falloot, R.D., Markoff, L.S., & Glover Reed, B. (2005). Trauma-Informed or Trauma-Denied: Principles and implementation of Trauma-Informed services for women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461-477. doi:10.1002/jcop.20063
- Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: A meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine, 166*(1), 22-37. doi:10.1001/archinte.166.1.22
- Gilbert, L., Raj., A., Hien, D., Stockman, J., Terlikbayeva, A., & Wyatt, G. (2015). Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1*(69), 118-127. doi: 10.1097/QAI.0000000000000626

Hebenstreit, C. L., Maguen, S., Koo, K. H., & DePrince, A. P. (2015). Latent profiles of PTSD symptoms in women exposed to intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 180*, 122-128. doi:10.1016/j.jad.2015.03.047

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277–1288. doi:10.1177/1049732305276687

LeGrand, S., Reif, S., Sullivan, K., Murray, K., Barlow, M.L., & Whetten, K. (2015). A review of recent literature on trauma among individuals living with HIV. *Current HIV/AIDS Reports, 12*(4), 397–405. doi: 10.1007/s11904-015-0288-2

Lelaurain, S., Graziani, P., & Lo Monaco, G. (2017). A Systematic Review and Social Psychological Tracks for Future Research. *European Psychologist, 22*(4), 263–281. doi: 10.1027/1016-9040/a000304

Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work, 62*(2), 105-113. doi: 10.1093/sw/swx001

Li, Y., Marshall, C.M., Rees, H.C., Nunez, A., Ezeanolue, E.E., & Ehiri, E. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society, 17*(1). doi:10.7448/IAS.17.1.18845

Logie, C. (2017). *Current overview of research: Gender-based violence and trauma among women living with HIV in Canada*. [Webinar]. Canada: Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study. Retrieved from <https://register.gotowebinar.com/register/4131644024420600833>

Loutfy, M., De Pokomandy, A., Benoit, A., Kennedy, L., Thomas-Pavanel, J., Carter, A., . . . & CHIWOS team. (2015). *Coercive sex as a mode of HIV acquisition among a cohort of women with HIV in Canada : an under-recognized public health concern*. 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Vancouver, Canada. Retrieved from http://www.chiwos.ca/coercive-sex-as-a-mode-of-hiv-acquisition-among-a-cohort-of-women-with-hiv-in-canada-an-under-recognized-public-health-concern-2/?doing_wp_cron=1546641361.6131799221038818359375&lang=en

MacGillivray, J. (2017). *Trauma-aware clinical care*. [Webinar]. Canada: Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study. Retrieved from <https://register.gotowebinar.com/register/4131644024420600833>

Machtinger, E.L., Cuca, Y.P., Khanna, N., Rose, C.D., & Kimberg, L.S. (2015). From treatment to healing: the promise of trauma-informed primary care. *Womens Health Issues*, 25(3), 193–197. doi:10.1016/j.whi.2015.03.008

McCree, D.H., Koenig, L., Basile, K., Fowler, D., & Green, Y. (2015). Addressing the intersection of HIV and intimate partner violence among women with or at risk for HIV in the United States. *Journal of Women's Health*, 24(5), 331–335. doi:10.1089/jwh.2015.5301

Murray, C. E., Crowe, A., & Overstreet, N. M. (2018). Sources and components of stigma experienced by survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(3), 515–536. doi:10.1177/0886260515609565

UNAIDS (2019). (2013). *Global HIV & AIDS statistics — 2019 fact sheet*. Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>

Orza, L., Bewley, S., Chung, C., Crone, E. T., Nagadya, H., Vazquez, M., & Welbourn, A. (2015). “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *Journal of the international AIDS society*, 18, 20285.

Otis, J., Bernier, M., & Lévy, J.J. (2015). *La recherche communautaire VIH/sida : Des savoirs engagés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société.

Phillips, A. N., Cambiano, V., Nakagawa, F., Brown, A. E., Lampe, F., Rodger, A., . . . & Lundgren, J. (2013). Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: analysis of an extensively documented epidemic. *PloS one*, 8(2), e55312. doi:10.1371/journal.pone.0055312

Prust, M.L., Mellor-Crummey, L., Sullivan, T.P., Lang, S., & Hansen, M.B. (2017). Capacity of AIDS service organisations in Connecticut to respond to intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 329–337. doi:10.1111/hsc.12306

Raissi, S. E., Krentz, H. B., Siemieniuk, R. A., & Gill, M. J. (2015). Implementing an intimate partner violence (IPV) screening protocol in HIV care. *AIDS patient care and STDs*, 29(3), 133-141.

Rountree, M., Pomeroy, E.C., & Marsiglia, F.F. (2008). Domestic violence shelters as prevention agents for HIV/AIDS? *Health & Social Work*, 33(3), p.221-228.
doi:10.1093/hsw/33.3.221

Seth, P., Wingood, G.M., Robinson, L.S., Raiford, J.L., & Diclemente, R.J. (2015). Abuse impedes prevention: The intersection of intimate partner violence and HIV/STI risk among young african american women. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1438–1445. doi:10.1007/s10461-014-0940-7

Siemieniuk, R.A., Krentz, H.B., Gish, J.A., & Gill, M.J. (2010). Domestic violence screening: Prevalence and outcomes in a Canadian HIV population, *AIDS patient care and STDs*, 24(12), 763–770. doi:10.1089/apc.2010.0235

Siemieniuk, R.A., Krentz, H.B., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., & Gill, M. J. (2013). The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *AIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 64(1), 32–38. doi:10.1097/QAI.0b013e31829bb007

St-Pierre-Gagné, S., Otis, J., Massie, L., Kéita, D. B., Yattassaye, A., & Deme, R. (2014). Emotional and sexual well-being of women living with HIV in Quebec: Cultural adaptation and formative evaluation of the program PLURIELLES. 23rd Canadian Association for HIV Research (CAHR) conference; 2014 May 14; St. John's, Newfoundland. (Abstract P250).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2017). *Trauma-Informed Approach and Trauma-Specific interventions*. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>

Tétreault, S. Beaupré, P., Deschênes, P.M., Rajotte, T., Gascon, H., Boucher, N., & Carrière, M. (2013). Comment mobiliser la communauté grâce au forum communautaire ? Une méthode participative à la portée de l'intervenant social. *Service social*, 59(2), 65-75. doi:10.7202/1019110ar

Valdez, C. E., Lim, B. H. P., & Lilly, M. M. (2013). "It's going to make the whole tower crooked": Victimization trajectories in IPV. *Journal of Family Violence*, 28(2), 131-140. doi:10.1007/s10896-012-9476-7

Weston, C., Gandell, T., Beauchamp, J., McAlpine, L., Wiseman, C., & Beauchamp, C. (2001). Analyzing interview data: The development and evolution of a coding system. *Qualitative sociology*, 24(3), 381-400. doi:10.1023/A:1010690908200

Williams, J.R., Gonzalez-Guarda, R.M., & Ilias, V. (2017). Trauma-Informed decision-making among providers and victims of intimate partner violence during HIV testing: A qualitative study. *Journal of the association of nurses in AIDS Care*, 28(5), 819-831. doi:10.1016/j.jana.2017.04.010

Wilson, J.M., Fauci, J.E., & Goodman, L.A. (2015). Bringing Trauma-Informed practice to domestic violence programs: A qualitative analysis of current approaches, *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 586-599. doi:10.1037/ort0000098

WHO & UNAIDS. (2013). *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool*. Geneva, Switzerland : World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/

Key Considerations

Experiences of WLHIV are plural. Beyond HIV, they face several health and social adversities, including IPV. It is therefore important to address these experiences from a holistic perspective.

A thorough understanding of the plurality of traumas experienced by women would enable specialized HIV service providers to better identify, through women's shared experiences, the risk factors and warning signs of IPV.

Practitioners and clinicians, including nurses, who provide services to WLHIV need to stay abreast of the warning signs of IPV, inform women about the causes and consequences of IPV, and refer them, as needed, to specialized resources.

HIV practitioners and clinicians, including nurses, should be proactive in their interventions by creating safe spaces where WLHIV feel comfortable to disclose and exchange about IPV traumas they have experienced.

HIV practitioners and clinicians, both in the community sector and in the health and social services sector, should create opportunities to meet and collaborate with IPV practitioners. There is an urgent need for a multi-sectoral, concerted, and coordinated effort to address IPV traumas in the HIV community.

Most practices can be applied to both sectors of intervention with some specificities. Regarding HIV service providers, IPV screening, counseling and prevention of IPV, development of a security plan, listening and referral to appropriate resources are suggested. Regarding IPV service providers, screening for HIV risk factors, HIV prevention and prevention, integration of HIV risk prevention strategies into the intervention plan, listening and referral to appropriate resources are suggested.

Table 1. Operational definitions of the Trauma Informed Approach

Key principles	Operational definition (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017)
Safety	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recognition of traumatic experiences of women 2) Screening and injury prevention interventions 3) Prevention of trauma and re-victimization risks to ensure the physical and psychological safety of service users who live or are likely to experience trauma
Trustworthiness	<ol style="list-style-type: none"> 4) Create an environment in which women feel confident, to promote the disclosure of traumatic experiences 5) Respect the women's pace, where no pressure is exerted on them to disclose information relating to the traumas they have experienced 6) Non-judgment about the traumatic experiences
Mutual collaboration	<ol style="list-style-type: none"> 7) Sharing the professional expertise (knowledge, skills and competencies) of service providers and the expertise of service users with their own experiences 8) Power-sharing, where the service users are considered as active agents in the process of improving their health status

Table 2. Illustrative quotations of trauma-informed practices, challenges and training needs

Key principles	Themes	Quotations
<p>Safety : Recognizing the women's traumatic life history and preventing further trauma and revictimization</p>	<p>To be sensitive to the multiple realities that women</p>	<p><i>"I see it in my daily work. I meet women who are living with HIV and hepatitis C, vulnerable women. And, the vast majority of them are victims of some form of violence"</i> HIV service provider, social worker</p>
	<p>No opportunity to reflect upon intersections between HIV and IPV trauma</p>	<p><i>"It [HIV] was never named by the stakeholders. They named a lot of mental illness issues, addiction issues, whatever we usually hear about. But specific to HIV, never"</i> IPV service provider, director.</p>
	<p>No screening no discussing HIV or IPV</p>	<p><i>"We don't systematically talk about IPV [...] The screening for abusive relationships, violence, it would be interesting on our side"</i> HIV service provider, social worker</p>
	<p>Screening for features of IPV</p>	<p><i>"They [women] do not necessarily know they are experiencing IPV. There is an African woman who talked to me about her husband. She said he was too jealous, and he did not let her talk to just anyone. I understood that there was a problem of control, but she was not aware of it"</i> HIV service provider, social worker</p>
	<p>Prevention of intersections between HIV and IPV trauma</p>	<p><i>"In fact, when we talk about preventing HIV/AIDS and STI, it is often limited to the</i></p>

		<p><i>use of condoms and explaining symptoms. But prevention is more global. We have to give information about condom use and screening test, but we must also address all the other issues such as self-affirmation, self-esteem and knowing oneself” HIV service provider, social worker</i></p> <p><i>“Of course, we are raising awareness among women who have a new boyfriend. In our women’s shelter, sometimes we will see women who are dating many men. We will do prevention by giving condoms, talking about STI and risks, but talking directly about HIV, no” IPV service provider, director.</i></p>
	<p>Make a greater effort to prevent intersections between HIV and IPV trauma</p>	<p><i>“Giving information and raising awareness of what intimate partner violence is [...] If only we could talk about it, demystify it, say what it is. It’s a role we have to take on” HIV service provider, social worker</i></p>
<p>Trustworthiness : Promoting disclosure of traumatic experiences by building trust and respecting the women’s pace</p>	<p>Building a trusting relationship with women and respecting their pace</p>	<p><i>“When we are facing these situations [IPV in an ethnic minority context], we have to support the women very carefully; while protecting them because sometimes her life is in danger. [...] These people have built a sense of trust with me. They tell me everything or almost,</i></p>

		<i>because they feel secure” HIV service provider, director.</i>
	The fear of judgment as barrier that service users could face when disclosing	<i>“I work in an HIV organization. Women may be afraid to talk about it [IPV] with me. Will I judge her if she does not leave the abusive relationship? The fear of judgment is there on both sides [IPV and HIV organizations], that’s my sense. Women could believe we will reject them because of their HIV status, when they come to a women’s shelter” HIV service provider, social worker</i>
Mutual collaboration : Bringing together provider expertise with women’s expertise about their own lives	Felt poorly trained to help women	<i>“When women ask for help on the HIV issue, we always feel caught off guard. We don’t know what to do, how to help them and how intimate partner violence happens within the relationship” IPV service provider, director.</i>
	Need to better understand trauma issues	<i>“In the extreme, if she [service user of an IPV organization] wants to leave her husband and she is wondering about future boyfriends: Will I be able to have sex? I would be unable to help her because I have no real knowledge about HIV” IPV service provider, director.</i> <i>“I wonder if it’s possible that a partner changes. At the same time, I’m not naïve... I</i>

		<i>know it's also a lot about controlling and that it may take years to even realize that. I would need a training to make the difference between a honeymoon phase and a real changing process, it's quite delicate" HIV service provider, stakeholder (# 6).</i>
	Responsibility to gain knowledge	<i>"If we have to support them, for sure I would have the reflex to call resource to learn about it [HIV], while telling the woman that I don't know much about it" IPV service provider, social worker</i>
	To be equipped to adequately receive disclosure	<i>"How to equip the social workers to interact with a woman who discloses her HIV status? Or like an abusive partner who threatens to disclose. How can I, as a social worker, be helpful to this woman?" IPV service provider, social worker</i>
	Develop skills to promote awareness of IPV among WLHIV	<i>"On our side, when we support women, we do not want to pour oil on the fire when it's an abusive relationship. There is the risk of being criminalized, the risk that the partner reveals her HIV status in her environment. If we report the IPV to the police, have we just poured oil on the fire? Sometimes, I feel unsure about how to intervene" HIV</i>

		<i>service provider, social worker</i>
	Responsibility to refer her to specialized resources	<p><i>“To help her a little bit more, precisely at the intersection of violence and HIV, because I know there is a part of [addressing] HIV that is not within my role... I would refer them to other more specialized organizations”</i></p> <p>IPV service provider, director.</p> <p><i>“In this aspect, it’s not only about working with women victims of violence, it’s also about guiding them to resources that support women victims of violence.”</i></p> <p>HIV service provider, director (# 9).</p>
	Need to know the resources of their community	<p><i>“We talked about lots of [HIV] testing kits and what I need to know is where they are across the province. I need to tell my workers that if they meet women [at risk of contracting HIV], here is the nearest resource”</i></p> <p>IPV service provider, director.</p>

Table 3. Illustrative quotations of challenges of service coordination across HIV and IPV sectors of intervention

Key principles	Themes	Quotations
<p>Service coordination : Meeting the challenges of service coordination to better address traumatic experiences of HIV and IPV</p>	<p>Activities in their programing</p>	<p><i>“ We will address the topic of IPV directly whether during support groups or any activity for women. But it is not a service. It’s integrated in the activities” HIV service provider, social worker</i></p>
	<p>Respective organization’s mandate</p>	<p><i>“We cannot offer everything to women living with HIV because they do not want to reveal their HIV status to other resources. We did our best, but ... [name of the HIV organization for which she works] cannot offer a women’s shelter to protect them from their abusive partner” HIV service provider, stakeholder.</i></p>
	<p>Interest in collaborating and establishing links</p>	<p><i>“I realize I do not have any contact with women’s shelters, which would help a lot to create the confidence to refer. I see the importance of creating connections” HIV service provider, stakeholder.</i></p> <p><i>“We have to build a bridge with these [IPV] resources. It is part of our responsibility, as an HIV/AIDS advocacy group, to work on this” HIV service provider, director.</i></p>
	<p>Suggestion to implement a referral agreement</p>	<p><i>“Knowing where the limit is and when am I supposed to support and intervene, when I could refer because they [HIV organizations] are more specialized in HIV issues. Vice versa. Same thing for them, how can they interact, how can they have a basis for IPV intervention. What is the limit to which they can go? How do we create contact? How does referral work?” IPV service provider, stakeholder.</i></p>

CHAPITRE V

DISCUSSION

Il sera présenté dans ce chapitre les principaux constats obtenus dans le cadre de ce mémoire, de même que les limites et les forces méthodologiques. Ensuite, des pistes de recherche futures, ainsi que des pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle seront proposées.

5.1 Rappel des objectifs

Rappelons que le présent mémoire visait d'une part, à partir du point de vue des prestataires d'organismes communautaires de lutte contre le VIH et de ressources pour femmes victimes de VPI, à documenter leurs pratiques d'intervention, les défis d'intervention rencontrés et leurs besoins de formation et de sensibilisation. D'autre part, il visait également à décrire les défis associés à la coordination des services entre les deux secteurs d'intervention concernés.

5.2 Principaux constats

La section suivante fait état des principaux constats obtenus dans le cadre de ce mémoire.

5.2.1 Les pratiques d'intervention, leurs défis et les besoins de formation des prestataires de services communautaires

Les résultats du présent mémoire confirment la pertinence, du point de vue des prestataires de services communautaires y ayant participé, de déployer des efforts d'intervention en matière de VIH et de VPI auprès des femmes. Pour ce faire, les prestataires de services communautaires insistent sur l'importance d'acquérir des connaissances adéquates relativement aux intersections entre le VIH et la VPI.

5.2.1.1 Les pratiques d'intervention

Lorsqu'ils sont questionnés sur leurs pratiques d'intervention, les prestataires de services communautaires des deux secteurs d'intervention ayant participé à la présente étude rapportent avoir rarement eu recours à des pratiques de dépistage et de counseling qui ciblent spécifiquement les intersections entre le VIH et la VPI. Pourtant, les résultats de plusieurs travaux ayant exploré le point de vue des femmes démontrent que tant les femmes victimes de VPI que les FVVIH souhaitent obtenir des services de dépistage et de counseling en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections (Colombini et al., 2016; Rountree, Granillo, & Bagwell-Gray, 2015; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Il semble alors nécessaire de répondre aux besoins exprimés par les femmes de recevoir des services complémentaires en déployant, à leur intention, des pratiques de dépistage et de counseling et ce, dans un environnement adéquat et sensible aux expériences traumatiques qu'elles ont pu vivre au cours de leur vie (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017).

Néanmoins, les interventions rapportées par les participants à la présente étude sont de l'ordre de l'écoute active et du référencement auprès des femmes confrontées par la double problématique du VIH et de la VPI. Le recours à des techniques d'écoute active (reformuler, refléter les sentiments, offrir un soutien moral, empathique et sans

jugement, etc.) par les prestataires de services est un constat qui n'a pas été observé dans le cadre des travaux recensés. Ces techniques d'écoute active contribueraient d'ailleurs à répondre au besoin exprimé par les femmes, à savoir celui de recevoir un soutien psychologique face à la double problématique du VIH et de la VPI (Colombini et al., 2016; Illangasekare et al., 2014; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). De plus, l'écoute active s'inscrit dans le principe de confiance mis de l'avant par l'approche centrée sur les traumatismes considérant les attitudes mobilisées par les prestataires de services à travers l'écoute (ex. absence de jugement, respect des émotions ressenties et empathie) (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017).

5.2.1.2 Les défis d'intervention

Lorsqu'ils abordent les motifs pour lesquels les pratiques d'intervention ciblant les intersections entre le VIH et la VPI sont plutôt rares, les prestataires de services communautaires évoquent leurs connaissances relativement limitées en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections. Selon eux, des connaissances limitées interfèrent sur leur capacité à offrir du counseling en lien avec le VIH ou la VPI, en raison des difficultés à reconnaître, à travers l'expérience des femmes, les facteurs de risque associés au VIH ou à la VPI. Les résultats de l'étude de Distefano et Hubach (2011) suggèrent, par ailleurs, que les prestataires de services interviennent principalement dans les situations où les femmes expriment une demande concrète par rapport au VIH ou à la VPI. Il est alors possible de prétendre que les occasions d'intervention des prestataires de services sont plutôt rares considérant que les femmes abordent très peu leur condition de VIH ou leurs expériences de VPI à une source d'aide formelle. Effectivement, la complexité du processus de recherche d'aide chez les femmes victimes de VPI, à savoir reconnaître la VPI, prendre la décision de solliciter de l'aide et sélectionner la source d'aide vers qui se tourner, peut freiner une majorité de femmes à dévoiler les expériences de VPI qu'elles subissent à une ressource d'aide formelle

(Liang et al., 2005). Il importe aussi de considérer les enjeux de stigmatisation et de discrimination associés au dévoilement du statut VIH, qui peuvent aussi freiner les femmes à dévoiler leur séropositivité aux professionnels (Li et al., 2007; St-Pierre-Gagné et al., 2014). Tout comme le VIH, la VPI est une condition sociale hautement stigmatisée (Murray, Crowe, & Overstreet, 2018). Il n'est alors pas étonnant que les obstacles associés à la recherche d'aide soient d'autant plus grands pour les FVVIH qui vivent actuellement ou qui ont vécu par le passé des expériences de VPI. De ce fait, comme le suggère l'approche centrée sur les traumatismes (SAMHSA, 2017), les prestataires de services ont avantage à se montrer proactifs dans leurs interventions en créant des espaces de discussion à travers lesquels les utilisatrices de services se sentent confortables pour aborder des expériences traumatiques associées au VIH et à la VPI. De plus, une connaissance fine de la pluralité des traumatismes vécus chez les femmes pourrait permettre aux prestataires de services de mieux identifier, à travers les expériences que partagent les femmes, les facteurs de risque associés au VIH et à la VPI (SAMHSA, 2017).

5.2.1.3 Les besoins de formation en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections

Les participants à la présente recherche ont exprimé le besoin de développer des connaissances sur les mécanismes explicatifs des intersections entre le VIH et la VPI, leurs facteurs de risque et de protection et leurs conséquences sur la santé des femmes. Ce besoin d'acquérir des connaissances fait également écho à une autre étude ayant exploré le point de vue des prestataires de services spécialisés en VIH et en VPI quant à leurs besoins de formation (Distefano & Hubach, 2011). Les prestataires interrogés dans l'étude de Distefano et Hubach (2011) affirmaient affectivement vouloir développer et parfaire leurs connaissances dans l'autre secteur d'intervention, soit celui du VIH ou de la VPI, le cas échéant. Par exemple, les professionnels spécialisés en VIH mentionnaient vouloir acquérir des connaissances spécifiques sur les

manifestations de VPI (Distefano & Hubach, 2011). En ayant une meilleure compréhension des traumatismes associés au VIH et à la VPI, la confiance des prestataires de services communautaires à offrir des services adaptés à la réalité de leurs utilisatrices pourrait se voir améliorée. Ainsi, l'application du principe de collaboration soutenu par l'approche centrée sur les traumatismes serait particulièrement appropriée (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017). Comme ce principe soutient la mise en commun de l'expertise tant des prestataires que des usagères de services (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; SAMHSA, 2017), l'acquisition de connaissances spécifiques par les prestataires de services communautaires pourrait contribuer à ce partage d'expertise.

Néanmoins, il est important de souligner que même si certains des prestataires de services interrogés dans l'étude de Rountree, Pomeroy et Marsiglia (2008) rapportaient détenir des connaissances générales en matière de VIH, rares sont ceux qui avaient recours à des pratiques de dépistage du VIH auprès des femmes. Ce constat suggère que les connaissances quant aux intersections entre le VIH et la VPI ne sont pas suffisantes à elles seules pour mettre en pratique des interventions de dépistage et de counseling du VIH ou de la VPI. Malgré un niveau de connaissances satisfaisant, il est possible de croire que les prestataires craignent que leurs pratiques d'intervention nuisent à l'état de santé mentale des femmes, plutôt que de contribuer à contrer les conséquences de la victimisation et de la revictimisation (Elliott et al., 2005). Ils pourraient effectivement appréhender que leurs interventions, qu'il s'agisse de dépistage ou de counseling, contribuent à réactiver les traumatismes chez les femmes (Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Ces préoccupations sont légitimes considérant la détresse psychologique vécue par les FVVIH. À ce propos, parmi un échantillon de 328 FVVIH québécoises, 53,9% d'entre elles rapportent des symptômes de stress posttraumatiques (Logie, 2017). Les femmes qui rapportent des expériences de VPI sont elles aussi confrontées aux conséquences dévastatrices de la VPI sur leur santé mentale, par exemple la dépression, l'anxiété, l'automutilation, l'insomnie,

l'hypervigilance, les problèmes de concentration, etc. (Dillon et al., 2013; Hebenstreit et al., 2015). Si la crainte de réactiver le trauma peut se traduire par une absence de prise en charge par le professionnel, cela pourrait contrevenir au principe de sécurité soutenu par l'approche centrée sur les traumas. Selon ce principe, les prestataires de services sont vivement invités à dépister les traumas vécus par les femmes afin de prévenir leurs conséquences sur la santé mentale et les risques de revictimisation (Bowen & Murshid, 2016; Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; LeGrand et al., 2015; SAMHSA, 2017). En l'occurrence, les prestataires de services communautaires ayant pris part à cette étude ont exprimé le besoin d'être mieux outillés à propos des pratiques d'intervention efficaces et adaptées en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections. En ce sens, l'accès à des outils d'intervention pourrait favoriser la mise en pratique des connaissances acquises en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections, et par conséquent une réponse mieux adaptée et plus satisfaisante pour les femmes qui bénéficient de ces interventions.

5.2.2 Le besoin de développer et de consolider les partenariats entre les organismes des secteurs du VIH et de la VPI

En plus de documenter les pratiques d'intervention, les défis d'intervention rencontrés et les besoins de formation et de sensibilisation des prestataires de services communautaires, le présent mémoire visait aussi à décrire les défis associés à la coordination des services entre les deux secteurs d'intervention concernés. À ce propos, les résultats du présent mémoire appuient la nécessité de développer et de consolider les partenariats entre les secteurs du VIH et de la VPI afin de faciliter la coordination des services centrés sur les traumas. Les prestataires de services communautaires ayant participé à ce mémoire déplorent, d'une part, la rareté des services offerts qui ciblent les intersections entre le VIH et la VPI et, d'autre part, le manque de coordination entre les services de ces deux secteurs d'intervention. Avant leur participation à cette étude, la plupart des prestataires de services communautaires ont rapporté n'avoir jamais eu

de contact avec l'autre secteur d'intervention. Le manque de coordination a aussi été mis en lumière par deux études empiriques qui soulèvent que les ressources spécialisées en VIH et celles spécialisées en VPI travaillent généralement en silo, de sorte que chacun des secteurs réponde à sa mission respective (Distefabo & Hubach, 2011; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008).

La coordination des services entre ces secteurs d'intervention est d'autant plus importante considérant que les FVVIH et les femmes victimes de VPI vivent de multiples adversités qui s'imbriquent les unes aux autres (Daoud et al., 2016; MacGillivray, 2017; Valdez, Lim, & Lilly, 2013). L'étude de cohorte CHIWOS réalisée au Canada indique que leur échantillon composé de 1 312 FVVIH présente des conditions de santé mentale précaire, de consommation de substances psychoactives, d'instabilité résidentielle, de violence physique, psychologique et sexuelle, d'immigration (contexte de guerre dans le pays d'origine) au cours de leur vie (MacGillivray, 2017). D'autres études confirment que la réalité des femmes victimes de VPI est souvent caractérisée par des expériences de victimisation à l'enfance et de revictimisation à l'âge adulte (Valdez, Lim, & Lilly, 2013), mais aussi par des conditions de santé physique et mentale précaires, d'instabilité résidentielle, de discrimination et de précarité financière (Daoud et al., 2016). Selon les prestataires de services interrogés dans l'étude de Distefabo et Hubach (2011), les femmes qui recourent à leurs services ont également tendance à ne révéler que les expériences qui concernent le secteur d'intervention pour lequel elles sollicitent de l'aide. En d'autres termes, toujours du point de vue des prestataires, les FVVIH ne révèlent leur statut VIH qu'aux professionnels spécialisés en VIH, alors que les femmes victimes de VPI ne dévoilent leurs expériences de VPI qu'aux professionnels spécialisés en VPI (Distefabo & Hubach, 2011). Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que le cloisonnement des services incite les femmes à ne dévoiler qu'un fragment de leur vécu tout dépendamment des organismes et des intervenants qu'elles consultent. Ce cloisonnement contrevient ainsi à une prise en charge globale et adaptée aux multiples

traumas vécus par les femmes, ce qui est mis de l'avant par l'approche centrée sur les traumas en recommandant la coordination des services (Elliott et al., 2005; Machtinger et al., 2015).

Malgré le manque de coordination entre les services, les prestataires de services communautaires ayant participé à la présente étude reconnaissent la pertinence de favoriser les collaborations intersectorielles. Ils expriment le besoin de développer et de consolider les partenariats entre les deux secteurs d'intervention d'une même région dans le but de faciliter leurs interactions et ainsi favoriser le déploiement de pratiques d'intervention et de référencement. D'autres travaux ont d'ailleurs mis en lumière l'importance de consolider les partenariats entre les secteurs d'intervention dans une visée de référencement considérant que le référencement s'avère une pratique fréquemment mobilisée par les prestataires de services (Distefano & Hubach, 2011; Raissi et al., 2015; Rountree, Pomeroy, & Marsiglia, 2008; Siemieniuk et al., 2010; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Le référencement à l'interne serait aussi à privilégier selon les prestataires de services spécialisés en VIH qui travaillent dans une équipe multidisciplinaire (Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Une équipe multidisciplinaire consiste en un regroupement de professionnels d'horizons disciplinaires variés qui travaillent dans le but commun de répondre aux besoins de la clientèle en fonction de leur champ d'expertise respectif (Sanson, 2006). Par exemple, c'est le cas de professionnels de la santé d'un centre de santé spécialisé en VIH au Canada qui procèdent au dépistage de la VPI auprès de la clientèle durant les soins de routine associés au VIH (Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Lorsque les femmes dévoilent des expériences de VPI aux professionnels de la santé, ces femmes sont alors référées vers les ressources psychosociales disponibles dans le centre de santé (Raissi et al., 2015; Siemieniuk et al., 2010). Tout porte à croire que les établissements de santé spécialisés en VIH qui offrent un service de dépistage de la VPI devraient pouvoir compter sur des ressources psychosociales à l'interne lorsqu'elles sont disponibles, et à l'externe auprès des OC spécialisés en VPI. À la lumière de ces

constats, une entente de référencement entre les établissements de santé spécialisés au VIH et les OC spécialisés en VPI serait donc à privilégier. Cette entente de référencement pourrait contribuer, entre autres, à la consolidation de partenariats entre les deux secteurs d'intervention et ainsi favoriser la coordination des services comme il est recommandé par l'approche centrée sur les traumatismes (Elliott et al., 2005; Machtinger et al., 2015).

Les prestataires de services communautaires spécialisés en VIH ayant participé à la présente étude témoignent d'un intérêt particulièrement marqué à développer des partenariats avec les ressources d'aide spécialisées en VPI de leur région. Cet intérêt marqué n'est pas étranger aux efforts de sensibilisation déployés par l'Organisation mondiale de la santé et l'ONUSIDA (OMS & ONUSIDA, 2013). Dans le cadre d'un rapport publié en 2013, ces instances reconnues à l'échelle mondiale recommandent de considérer les violences faites aux femmes, dont la VPI, dans les services de dépistage, de counseling et de traitement spécialisés en VIH (OMS & ONUSIDA, 2013). Au cours des cinq dernières années, ces recommandations peuvent avoir contribué à une plus grande reconnaissance et à une sensibilité accrue aux intersections entre le VIH et la VPI chez les prestataires de services qui travaillent pour une organisation spécialisée en VIH.

En somme, les participants des deux secteurs d'intervention communautaire témoignent d'un intérêt à collaborer afin de développer des outils de dépistage, de prévention et d'accompagnement en matière de VIH et de VPI auprès des femmes, mais aussi de mettre en place une entente de référencement. Des partenariats sont alors de mise pour offrir des services concertés aux femmes qui sont concernées par la double problématique du VIH et de la VPI (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015; Pick, 2017).

La section qui suit fait état des limites méthodologiques de la présente démarche, des pistes de recherche et d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle qui gagneraient à être développées et implantées.

5.3 Limites et forces méthodologiques

Cette étude comporte des limites méthodologiques qui se doivent d'être considérées. La première limite concerne la taille et la constitution de l'échantillon à l'étude. D'une part, la faible taille échantillonnale ne permet pas d'atteindre la saturation empirique et, par conséquent, n'offre pas la possibilité d'identifier systématiquement les convergences et les divergences entre le point de vue des prestataires de services communautaires spécialisés en VIH et en VPI. La saturation empirique constitue le principe en recherche qualitative selon lequel la collecte de données additionnelles par rapport à l'objet de recherche ne permettrait pas d'apporter de nouvelles informations à celles déjà recueillies (Savoie-Zajc, 2007). D'autre part, comme ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un projet pilote qui visait à documenter les besoins et à répertorier les ressources, seulement trois des dix-sept régions administratives du Québec ont participé. Notons toutefois que Montréal constitue la région pour laquelle le taux de nouveaux diagnostics de VIH est le plus élevé (INSQP, 2017). Parmi ces trois régions administratives, 12 prestataires de services œuvrant dans un OC de lutte contre le VIH ou dans une ressource pour femmes victimes de VPI ont accepté de participer au projet. Par conséquent, la transférabilité des résultats de recherche peut être limitée par la taille et la constitution de l'échantillon (Drapeau, 2004). Effectivement, nous ne pouvons pas présumer que les données recueillies dans cette recherche sont le reflet de la réalité de l'ensemble des prestataires de services communautaires qui œuvrent dans le domaine du VIH et de la violence dans les 17 régions administratives du Québec. Par ailleurs, la participation volontaire s'avère aussi une limite dans la mesure où les participants ayant accepté de prendre part à l'étude étaient sans doute parmi les plus sensibilisés par

rapport à la double problématique du VIH et de la VPI. Du moins, ils reconnaissent d'entrée de jeu l'importance de réfléchir et d'agir collectivement sur cette question.

La deuxième limite réfère au biais de désirabilité sociale qui est particulièrement présent dans l'entrevue de groupe, stratégie mobilisée pour recueillir les données dans le présent mémoire. Contrairement à l'entrevue individuelle qui n'implique que la participation de l'intervieweur et d'un participant, l'entrevue de groupe compte un intervieweur, un observateur et plusieurs autres participants (Gauthier, 2010). Confrontés au regard de leurs collègues et des chercheuses, les participants peuvent avoir été tentés de ne partager que les réflexions et les expériences qui les mettaient en valeur (Gauthier, 2010). Pour minimiser ce biais de désirabilité sociale, certaines procédures ont été mises en place. Par exemple, les chercheuses invitaient les participants à exprimer leurs opinions de façon la plus honnête et transparente possible avant le début de l'entrevue de groupe en insistant sur le fait qu'il n'y avait ni bonnes ni mauvaises réponses. Aussi, les participants ont eu l'occasion d'échanger de façon plus informelle avant l'entrevue de groupe qui se déroulait en après-midi lors de la première journée d'activités communautaires (*voir Annexe A*). Plusieurs activités proposées (activités brise-glace, ateliers de transfert des connaissances et pause dîner) visaient à faciliter le développement d'un lien de confiance entre les participants et l'équipe de recherche. Par exemple, dans le cadre de l'activité brise-glace, les participants étaient appelés à se présenter, à présenter brièvement l'OC pour lequel ils travaillent et ensuite à partager leurs motivations à participer au forum communautaire. Enfin, il est possible que des conflits survenus avant les journées d'activités entre les OC participants aient affecté la dynamique de groupe et les résultats de la recherche. L'équipe de recherche n'ayant pas été informée de la présence de conflits, si conflits ont eu lieu, n'a pu mettre en place des mesures spécifiques en ce sens outre les activités brise-glace décrites précédemment.

La troisième limite méthodologique relève de la démarche d'analyse mobilisée. Tel que mentionné dans la mise en contexte, les objectifs du projet pilote dans lequel s'inscrit le présent mémoire étaient d'établir le portrait des services offerts au plan communautaire par le milieu VIH et par le milieu de la violence, de documenter les besoins des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI, de déterminer les priorités d'action à privilégier et de mobiliser et consolider les partenariats dans le but de développer des structures participatives. Il n'était alors pas possible de considérer l'ensemble des principes de l'approche centrée sur les traumatismes dans le processus d'analyse qui a été mis de l'avant dans le présent mémoire. En effet, la grille de discussion n'avait pas été conçue pour documenter, à partir de cette approche, les besoins de formation et de sensibilisation des prestataires de services, limitant la capacité à prendre en compte certains principes. Par exemple, il a été possible de mettre en relation les données recueillies avec les principes de sécurité, de confiance et de collaboration mutuelle, mais impossible d'approfondir les principes d'autonomisation et de choix, de même que celui de l'intersectionnalité. Par conséquent, nous obtenons une saturation des données sur certaines composantes, alors que la saturation des données n'a pas été possible sur d'autres.

Malgré ces limites, le choix de mobiliser ce cadre conceptuel sensible au genre et aux expériences traumatiques s'avère un apport important à cette étude et a permis un approfondissement plus théorique des données. D'ailleurs, deux récentes recensions systématiques des écrits concluent que les prestataires de services devraient adopter dans leur pratique professionnelle une approche centrée sur les traumatismes associés au VIH et à la VPI (Brezing, Ferrara, & Freudenreich, 2015; LeGrand et al., 2015). De plus, des effets prometteurs de cette approche sur l'adoption de comportements sécuritaires et de recherche d'aide, le sentiment d'auto-efficacité et sur l'autonomisation en matière de sécurité ont été constatés chez les femmes sondées dans le cadre de deux études empiriques (Decker et al., 2018; Sullivan et al., 2018). Malgré son potentiel, à notre connaissance, aucune étude ne semble avoir exploré la façon dont

les concepts théoriques de cette approche sont considérés dans les pratiques du point de vue des prestataires de services en regard des intersections entre le VIH et la VPI. C'est d'ailleurs ce que tente de mettre en lumière ce mémoire.

Outre le potentiel du cadre conceptuel mobilisé, cette étude comporte d'autres forces à considérer. Elle met notamment de l'avant une démarche de recherche communautaire, soit le forum communautaire dans le cadre duquel les entrevues de groupe ont été réalisées (Tétreault et al., 2013). Le forum communautaire permet de créer une synergie entre la communauté de pratique de différents secteurs d'intervention, la communauté de chercheurs et la population concernée par la problématique abordée au cœur du forum (Tétreault et al., 2013). Ainsi, tous les acteurs ayant participé au présent mémoire se sont réunis dans le cadre de deux journées d'activités communautaires visant à se mobiliser vers le même objectif, soit celui de réfléchir collectivement à des actions visant à répondre aux besoins des femmes qui vivent de multiples traumatismes au cours de leur vie, spécifiquement ceux associés au VIH et à la VPI. Le forum communautaire constitue une démarche novatrice qui permet de recueillir des données de recherche de façon dynamique et engagée (Tétreault et al., 2013).

Enfin, le milieu de pratique dans lequel les participants de cette étude œuvrent, c'est-à-dire le milieu communautaire, fait également l'originalité de cette étude. En effet, les études répertoriées se sont surtout intéressées à documenter le point de vue des prestataires de services de santé et de services sociaux œuvrant dans un milieu clinique spécialisés en VIH, notamment les médecins, psychiatres, infirmier(ère)s, psychologues, etc. (Distefano & Cayetano; 2011; Distefano & Hubach, 2011; Williams, Gonzalez-Guarda, & Ilias, 2017). Il s'avérait alors essentiel de sonder les prestataires de services communautaires étant donné qu'au Québec ils sont interpellés à diversifier et à accroître leurs services considérant les demandes grandissantes de la part des femmes et les diverses réalités auxquelles ces dernières sont confrontées (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013).

Afin de s'assurer de la rigueur scientifique de cette recherche, des procédures ont été mises en place (Drapeau, 2004). Pour répondre au critère de crédibilité (validité interne), les faits saillants obtenus dans le cadre des entrevues de groupe réalisées lors de la première journée d'activités communautaires ont été partagés aux participants au début de la deuxième journée (*voir Annexe A*). Ceux-ci ont été invités à s'exprimer sur les principales conclusions des analyses préliminaires. Les réflexions des participants ont été notées et considérées dans les analyses ultérieures. En outre, trois membres de l'équipe de recherche se sont préalablement concertés dans le processus de production des faits saillants. Les données ont aussi été soumises à une procédure de fidélisation inter-juges pour répondre au critère de crédibilité (Meyrick, 2006). En effet, une seconde chercheuse ayant participé aux entrevues de groupe à titre d'observatrice a été sollicitée à chacune des étapes de l'analyse pour valider les catégories conceptuelles en développement. Cette chercheuse détenait une excellente connaissance des données brutes et de la problématique.

Pour répondre au critère de transférabilité (fidélité externe), les caractéristiques de l'échantillon à l'étude ont été décrites (âge, genre, appartenance ethnique, fonction occupée, durée de la fonction occupée et scolarité), de sorte que la communauté scientifique puisse porter un jugement éclairé par rapport à l'échantillon mobilisé. De plus, chacune des étapes de l'analyse de contenu a été décrite précédemment. Les outils méthodologiques employés, c'est-à-dire la grille de discussion, la grille de codification mixte et le schéma d'ensemble sont également joints à ce mémoire (*voir Annexe C, D et E*).

5.4 Pistes de recherche

Les résultats issus de ce mémoire confirment la pertinence et la nécessité de conduire de nouvelles recherches pour approfondir le phénomène des intersections entre le VIH

et la VPI vécue chez les femmes. La présente étude gagnerait à être reproduite à plus large échelle en y incluant un plus grand nombre de régions administratives au Québec, de participants et de secteurs d'intervention (services publics, parapublics et communautaires) afin d'atteindre un niveau de saturation empirique (Savoie-Zajc, 2007). De plus, des études futures mobilisant un devis mixte seraient susceptibles de mieux documenter les besoins de formation des prestataires de services (INSPQ, 2008). En combinaison avec des méthodes de collecte de données qualitatives, par exemple l'entrevue de groupe et l'entrevue individuelle, un questionnaire autoadministré à l'intention des prestataires de services serait à privilégier. Ce questionnaire pourrait notamment mesurer les pratiques d'intervention en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections, le sentiment d'auto-efficacité lié à l'intervention, ainsi que les connaissances et les attitudes associées aux intersections entre le VIH et la VPI. Une étude conduite à plus large échelle dans les OC des secteurs du VIH et de la VPI pourrait encourager les acteurs à se prononcer et à prendre position, de façon individuelle, sur les variables d'intérêt, contrairement à l'entrevue de groupe où les participants n'ont généralement pas l'opportunité de s'exprimer systématiquement à chacune des questions (INSPQ, 2008). Par ailleurs, il serait intéressant de comparer les besoins de formation des prestataires de services selon le secteur d'intervention (VIH versus VPI) et selon les régions du Québec. Des données quantitatives permettraient alors de répondre plus efficacement à cette piste de recherche. Par conséquent, une analyse comparative des besoins pourrait permettre de développer des interventions ciblées correspondant aux besoins de formation spécifiques à chaque secteur et région.

Les travaux de recherche sur les intersections entre le VIH et la VPI vécues chez les femmes sont en émergence. Les facteurs de risque, les associations entre le VIH et la VPI et les conséquences de cette double problématique sur la santé des femmes sont relativement bien documentés (Gielen et al., 2007; Gilbert et al., 2015; Maman et al., 2000; Phillips et al., 2013). En revanche, les travaux qui explorent les besoins d'accompagnement professionnel par rapport aux intersections entre le VIH et la VPI

du point des femmes semblent plus limités et devraient être approfondis par des études ultérieures qui donnent une voix aux femmes. La plupart des études s'étant intéressées à cette question ont été conduites auprès d'un nombre relativement restreint de FVVIH notamment dans les pays africains (Christofides & Jewkes, 2010; Colombini et al., 2016; Illangasekare et al., 2014) où la structure d'organisation des services diffère grandement des structures de services au Canada. Afin d'identifier les besoins d'accompagnement professionnel des femmes, il serait pertinent d'approfondir cette question au Québec et ailleurs au Canada en interrogeant un échantillon représentatif de FVVIH et de femmes victimes de VPI recrutées dans divers milieux d'intervention (centres de santé, services sociaux, OC et autres). L'utilisation d'un devis de recherche mixte serait d'ailleurs à prioriser pour évaluer de façon exhaustive, à l'aide d'outils méthodologiques complémentaires, les besoins d'accompagnement des femmes en la matière.

En Amérique du Nord, les initiatives en matière de VIH, de VPI et de ses intersections sont très rares dans les organisations qui desservent les FVVIH et les femmes victimes d'IPV (McCree et al., 2015), d'où la pertinence d'orienter les futures recherches dans cette direction. Plusieurs chercheurs suggèrent d'ailleurs de soutenir le développement d'outils d'intervention destinés aux prestataires de services pour aborder les intersections entre le VIH et la VPI (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015). À cet égard, des projets de recherche-action visant l'élaboration, la conception et l'implantation d'interventions de dépistage, de counseling, d'accompagnement et de référencement des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI pourraient constituer des initiatives fort pertinentes. Ce type de projet de recherche, qui s'appuie sur une démarche communautaire, a le potentiel de favoriser la collaboration des acteurs qui travaillent auprès des femmes et des principales concernées qui vivent aux intersections entre le VIH et la VPI. Effectivement, la démarche de recherche communautaire peut constituer un levier important de la collaboration intersectorielle et de la coordination des services comme

le soutient l'approche centrée sur les traumatismes (Elliott et al., 2005; LeGrand et al., 2015; Machtinger et al., 2015). Tant l'approche centrée sur les traumatismes que la démarche de recherche communautaire misent sur le renforcement des capacités des groupes communautaires qui œuvrent dans les secteurs du VIH et de la VPI et des femmes (Bowen & Murshid, 2016; Levenson, 2017; Otis, Bernier, & Lévy, 2015; SAMHSA, 2017).

Par ailleurs, des études évaluatives visant à documenter l'implantation et l'efficacité des interventions devraient être conduites afin d'identifier les meilleures pratiques dans ce domaine. Considérant que peu d'études ont exploré l'appréciation des femmes ayant bénéficié de services offerts en matière de VIH et de VPI, il serait d'autant plus pertinent de considérer le point de vue des femmes quant à l'offre de services leur étant destinée. La section suivante propose des pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle qui gagneraient à être développées.

5.5 Pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle

Suivant les étapes du processus de mobilisation des savoirs et des communautés du projet pilote dans lequel le présent mémoire s'inscrit, les prochaines étapes renvoient à l'identification de la forme, des objectifs d'apprentissage de l'intervention, des méthodes théoriques, de la séquence et du contenu des activités (Otis, Bernier, & Lévy, 2015). Les pistes d'intervention proposées s'appuient donc sur ces étapes tout en misant aussi sur les principes de l'approche centrée sur les traumatismes.

Pour mieux répondre aux besoins de santé des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI, il est primordial de travailler de concert avec les acteurs de première ligne qui les accompagnent. À ce propos, des interventions préventives et de promotion de la santé sexuelle devraient prévoir des formations sur les intersections entre le VIH et la VPI à l'intention des prestataires de services communautaires qui œuvrent dans

ces deux secteurs d'intervention. De telles formations viseraient principalement à accroître leur sensibilité par rapport aux intersections entre le VIH et la VPI et à soutenir la mise en pratique d'interventions centrées sur les traumatismes. En accord avec la démarche de recherche communautaire AVEC, PAR et POUR qui a été mobilisée dans le cadre du projet pilote dans lequel ce mémoire s'inscrit, il est primordial que les interventions soient développées avec la participation des FVVIH concernées par les intersections entre le VIH et la VPI (Otis, Bernier, & Lévy, 2015). Leur rétroaction est d'autant plus importante considérant qu'elles sont les principales bénéficiaires de ces interventions.

À la lumière de l'analyse des besoins réalisée et du cadre conceptuel mobilisé dans ce mémoire, il s'avère prioritaire de mobiliser des pratiques de dépistage, de counseling et d'accompagnement du VIH et de la VPI sensibles à la question des traumatismes. Pour ce faire, il est essentiel de réunir les prestataires des OC de lutte contre le VIH et des ressources pour femmes victimes de VPI afin de favoriser une meilleure coordination des services. Ces pistes d'intervention préventive et de promotion de la santé sexuelle à l'intention des prestataires de services communautaires pourraient viser les objectifs suivants :

- 1) Mieux comprendre la problématique du VIH ou celle de la VPI selon le secteur d'intervention des participants;
- 2) Identifier les mécanismes explicatifs des intersections entre le VIH et la VPI, ses facteurs de risque, ses facteurs de protection et ses conséquences sur la santé des femmes;
- 3) Réfléchir à l'intégration du dépistage, du counseling et de l'accompagnement des femmes en matière de VIH et de VPI dans leur organisme;
- 4) Réfléchir à leur rôle professionnel en termes de dépistage, counseling et d'accompagnement des femmes en matière de VIH et de VPI;
- 5) Développer et mettre en pratique un protocole de dépistage, de counseling et d'accompagnement en la matière auprès des femmes.

Des activités qui soutiennent l'atteinte de ces objectifs pédagogiques leur seraient proposées. Pour répondre aux deux premiers objectifs qui visent surtout l'acquisition de connaissances, les participants pourraient par exemple, en petits groupes composés des prestataires des deux secteurs d'intervention, échanger et réfléchir sur les intersections entre le VIH et la VPI. Ces échanges permettraient de favoriser la co-construction des savoirs et d'initier les activités subséquentes. Par exemple, un exposé formel, présenté par des experts, permettrait la transmission d'informations justes, vulgarisées et synthétisées. Ces activités tablent sur le principe de sécurité qui est valorisé par l'approche centrée sur les traumatismes. Effectivement, elles suggèrent un moment pour réfléchir, discuter et se familiariser avec les traumatismes associés au VIH et à la VPI. Ce moment favorise ainsi une plus grande reconnaissance de la problématique du VIH ou de la VPI, dépendamment du secteur d'intervention parmi lequel les prestataires de services œuvrent. Il est attendu que les prestataires de services soient, à leur tour, plus confortables à ouvrir sur les intersections entre le VIH et la VPI en contexte d'intervention.

Pour répondre aux objectifs 3 et 4, c'est-à-dire réfléchir à l'intégration du dépistage, du counseling et de l'accompagnement des femmes en matière de VIH et de VPI dans leur organisme et leur rôle professionnel, un exercice de schématisation serait une piste d'activité intéressante à explorer. Par exemple, les participants pourraient élaborer un schéma dans lequel figure le mandat de l'organisme dans lequel ils travaillent, les services offerts, les idéologies et les valeurs promues, les activités professionnelles réservées et leurs rôles professionnels. À partir de ce schéma, ils auraient à réfléchir à la place que pourraient prendre les interventions en matière de VIH ou de VPI. Le message à transmettre aux prestataires de services via cette activité est que de petits gestes peuvent faire une réelle différence dans l'aide et le soutien offert aux femmes qui vivent ou qui ont vécu des expériences traumatiques, sans toutefois s'écarter du mandat de l'organisme pour lequel ils travaillent et de leurs rôles professionnels. C'est d'ailleurs ce qui est proposé dans la mise en application du principe de confiance de

l'approche centrée sur les traumatismes. Les prestataires de services sont invités, en contexte d'intervention, à respecter le rythme des femmes et à ne porter aucun jugement quant à leur vécu. Ces attitudes se manifestent dans la pratique des prestataires de services par l'acceptation du processus à travers lequel les femmes passent, par exemple le fait que les femmes puissent retourner auprès de leur partenaire qui exerce des comportements violents, qu'elles préfèrent ne pas dévoiler leur statut sérologique au partenaire intime et qu'elles ne reconnaissent pas les expériences de violence dont elles sont victimes. Par ailleurs, cette activité engage la réflexion quant à la pertinence et à la façon d'intégrer des pratiques de dépistage, de counseling et d'accompagnement des femmes en matière de VIH et de VPI pour favoriser le principe de collaboration de l'approche centrée sur les traumatismes. Les prestataires doivent faire un effort pour informer les femmes sur les intersections entre le VIH et la VPI, ses conséquences et les risques de revictimisation dans leur pratique professionnelle.

Enfin, pour répondre au cinquième objectif, qui est de développer et de mettre en pratique un protocole de dépistage, de counseling et d'accompagnement en la matière auprès des femmes, un travail collaboratif pourrait être proposé. Les participants pourraient, par exemple, contribuer à élaborer un protocole de dépistage, de counseling et d'accompagnement qui tient compte des contraintes organisationnelles de l'organisme, des contraintes professionnelles des prestataires, mais aussi des besoins des femmes. Cette activité pourrait être réalisée en collaboration entre les deux secteurs d'intervention d'une même région afin d'optimiser les retombées à l'extérieur de la formation. Des mises en situation mettant en scène des femmes qui expriment à la fois un besoin associé au VIH et à la VPI pourraient ensuite être présentées afin de favoriser la mise en pratique du protocole développé. Ces activités sont cohérentes avec le principe de coordination des services que met en valeur l'approche centrée sur les traumatismes. Ce principe mise sur la prise en charge complémentaire et adéquate des expériences traumatiques associées au VIH et à la VPI.

En somme, il s'avère pertinent de former les prestataires de services communautaires en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections afin qu'ils soient mieux outillés à intervenir efficacement auprès des femmes qu'ils accompagnent. À long terme, l'offre de services se verra améliorée et mieux adaptée à la réalité des femmes touchées par le VIH et la VPI. Les compétences qu'auront développées les prestataires à travers des activités de formation leur permettront d'offrir un accompagnement qui tient compte à la fois des traumatismes associés au VIH et à la VPI. Cet accompagnement est susceptible de contribuer favorablement à l'épanouissement physique, psychologique et sexuel des femmes vivant aux intersections entre le VIH et la VPI. Les femmes qui bénéficieront de telles interventions de la part des professionnels des deux secteurs d'intervention seront mieux préparées à composer avec les possibles adversités traumatiques associées au VIH et à la VPI et à ses conséquences sur leur santé globale et sexuelle.

CONCLUSION

Ce mémoire renvoie à la première étape du processus de mobilisation des savoirs et des communautés, à savoir l'analyse des besoins de formation et de sensibilisation des prestataires de services communautaires. Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de recherche communautaire dont la visée ultime était de concevoir une intervention ciblée sur le phénomène des intersections entre le VIH et la VPI à l'intention des prestataires de services communautaires. Malgré les besoins exprimés par les femmes de recevoir des services complémentaires en matière de VIH et de VPI, très peu de services et d'interventions sont offerts par les prestataires de services spécialisés en VIH et spécialisés en VPI. En vue de mieux comprendre cet écart, les prestataires œuvrant dans quatre OC de lutte contre le VIH et trois ressources pour femmes victimes de VPI au Québec ont participé à un forum communautaire dans le cadre duquel deux entrevues de groupe ont été conduites. À partir de leurs expériences professionnelles, les participants se sont exprimés par rapport aux pratiques d'intervention qu'ils ont mobilisées en matière de VIH et de VPI, les défis qu'ils ont rencontrés, de même que leurs besoins de formation.

Globalement, il est possible de conclure que peu de pratiques d'intervention ciblant les intersections entre le VIH et la VPI sont mises de l'avant par les prestataires de services communautaires interrogés dans cette étude. Les participants affirment être confrontées au silence des femmes par rapport aux enjeux de VIH et de VPI qu'elles vivent, ce qui constitue le principal défi nommé lié à l'intervention. Bien que les participants reconnaissent l'importance d'aborder les traumatismes associés au VIH et à la VPI auprès de leurs utilisatrices de services, ils expriment le besoin de se sentir mieux outillés. Selon leur point de vue, ce besoin s'exprime notamment via l'acquisition de

connaissances spécifiques aux traumatismes, pour dépister, informer et accompagner les femmes qui expriment, ou non, un besoin à cet égard. Les constats de ce mémoire appuient, d'une part, le développement d'une formation sur les intersections entre le VIH et la VPI destinée aux prestataires de services communautaires et, d'autre part, la création de liens entre les deux secteurs d'intervention afin d'initier le développement de services concertés. Étant des acteurs de première ligne, ils sont appelés à répondre aux multiples besoins des femmes, qu'ils concernent le VIH, la VPI ou d'autres adversités auxquelles les femmes peuvent être confrontées à différents moments de leur vie.

ANNEXES

ANNEXE A. DÉROULEMENT DU FORUM COMMUNAUTAIRE

AGENDA

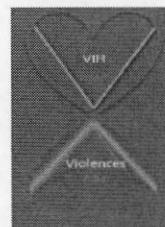
No.1 Journée d'activités communautaires et de réflexions sur les intersections entre le VIH et la violence chez les femmes

28 juin 2017

UQAM

9:30 – 16:30

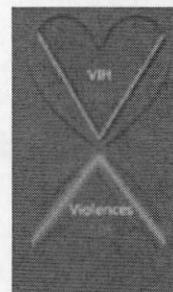
Salle DS-1950 (Pavillon J.-A.-DeSève, 320, rue Sainte-Catherine Est, Montréal, H2X 1L7)



Animatrice de la journée : *Josiane Maheu, Agente de liaison, Trajetvi*

9:30 – 10:00	Accueil Petit-déjeuner continental Mot de Bienvenue et déroulement de la journée <i>Myliène Fernet, Ph.D., UQAM</i>
10:00 – 10:30	Activité brise-glace Présentation des participants.es et motivations <i>Tous/ toutes les intervenants.es</i>
10:30 – 11:00	Questionnaire Rappel des règles éthiques et recueil des formulaires de consentement <i>Lyne Massie, agente de recherche, UQAM</i>
11:00 – 11:15	Pause
11:15 – 12:00	Activités de diffusion des connaissances Constats de l'étude Plurielles <i>Lyne Massie, agente de recherche, UQAM</i> Synthèse de la littérature sur les besoins d'accompagnement et de soutien des femmes et sur les besoins de sensibilisation et de formation des ressources <i>Laura Désilets, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQAM</i> Tour d'horizon des missions, objectifs et services offerts par les milieux partenaires <i>Caroline Racicot, agente de recherche, UQAM</i>
12:00-13:00	Diner
13:00-14:00	Mise à niveau des connaissances Les femmes et le VIH/sida <i>Martine Fortin, COCC-SIDA et Stéphane Richard, GAP-VIES</i> Les femmes et les violences commises par un partenaire intime <i>Isabelle Marchand, Ph.D., UDM</i>
14:00 – 15:15	Entrevues de groupe 1 Besoins d'accompagnement et de soutien des femmes Besoins de sensibilisation et de formation des ressources <i>Tous/ toutes les intervenants.es</i>
15:15 – 15:30	Pause
15:30 – 16:00	Synthèse Points saillants des entrevues / café du monde <i>Tous/ toutes les intervenants.es</i>

AGENDA



No.2 Journée d'activités communautaires et de réflexions sur les intersections entre le VIH et la violence chez les femmes

29 juin 2017

UQAM

9:00 – 14:45

Salle DS-1950 (Pavillon J.-A.-DeSève, 320, rue Sainte-Catherine Est, Montréal, H2X 1L7)

Animatrice de la journée : *Josiane Maheu, Agente de liaison, Trajetvi*

9:00 – 9:30	<p>Accueil Petit-déjeuner continental Mot de Bienvenue et déroulement de la journée <i>Mylène Fernet, Ph.D., UQAM</i></p>
9:30 – 9:45	<p>Résumé des entrevues de groupe J1 Synthèse <i>Laura Désilet, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQAM</i></p>
9:45 – 10:00	<p>Activités de diffusion des connaissances Présentation des lignes directrices en matière d'interventions ciblant les intersections entre le VIH et la violence chez les femmes <i>Mylène Fernet, Ph.D., UQAM</i></p>
10:00 – 11:30	<p>Entrevues de groupe 2 *Une pause de 15 min. sera prévue Priorités d'action en matière de VIH et violences commises par un partenaire intime <i>Tous/ toutes les intervenants.es</i></p>
11:30-12:30	Dîner
12:30-14:00	<p>Activité de réflexions Proposition d'une piste d'action commune à privilégier <i>Tous/ toutes les intervenants.es</i></p>
14:00 – 14:30	<p>Clôture de la journée La poursuite des choses – Fiche d'intérêt Remerciements <i>Mylène Fernet, Ph.D., UQAM</i></p>
14:30 – 14:45	<p>Remise des compensations aux participantes Signatures</p>

ANNEXE B. QUESTIONNAIRE SOCIOPROFESSIONNEL

Questionnaire
Journée d'activités et de réflexions communautaires
Date : 28-29 juin 2017

COMPOSER VOTRE CODE PERSONNEL

- Écrivez les deux derniers chiffres de votre année de naissance pour obtenir les deux premiers chiffres de votre code personnel.

Exemple : 1985 --» Deux derniers chiffres : 85

Reportez vos chiffres ici : ____

- Écrivez les deux chiffres de la journée de votre naissance. Si vous êtes né(e)s entre le 1^{er} et le 9^e jour du mois, indiquez un 0 avant le chiffre.

Exemple : 7 mars 1985 --» Deux chiffres : 07

Reportez vos chiffres ici : ____

- Reportez ces quatre chiffres qui constituent votre code personnel dans l'espace suivant (ex : 8507).

***Conserver votre code personnel en note. Il nous servira à retracer votre questionnaire et à le détruire, si vous décidez de vous retirer de l'étude.*

Ce numéro d'identification, connu de vous seul(e), protège votre anonymat.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Les prochaines questions serviront à décrire les participant(e)s présent(e)s à cette activité communautaire. Ces informations demeureront strictement confidentielles.

1. Êtes-vous? :

- Homme
- Femme
- Binaire

2. Êtes-vous? :

- Âgé(e) entre 18 et 30 ans
- Âgé(e) entre 31 et 40 ans
- Âgé(e) entre 41 et 50 ans
- Âgé(e) entre 51 ans et plus

3. Où êtes-vous né(e)?

4. À quel/s groupe/s ethnique/s ou culturel/s appartenez-vous?

- Québécois ou Canadien
- Premières Nations, Inuits, Métis, Autochtones, etc.
- Latino-Américain (Amérique centrale ou Amérique du Sud)
- Afro-Américain/Afrique noire
- Asiatique (Chine, Japon, Laos, Philippines, Inde, etc.)
- Européen de l'Ouest (France, Espagne, Allemagne, Grèce, etc.)
- Européen de l'Est (Hongrie, Roumanie, Ukraine, etc.)
- Caribéens/Antillais
- Afrique du Nord (Maghreb/Moyen-Orient)
- Autre à préciser : _____

4.a) Seulement si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada :

i. Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?

ii. Quel est votre statut d'immigration?

5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?

- Études primaires
- Études secondaires

- Études collégiales
 - Études universitaires
 - Autre à préciser : _____
6. Quelle catégorie d'organisme communautaire représentez-vous?
- Un organisme de lutte contre la violence
 - Un organisme de lutte contre le VIH
 - Autre, précisez : _____
7. Quelle est votre fonction au sein de l'organisme communautaire (ou autre) que vous représentez? Si vous êtes usagère des services, cochez l'encadré *Usagère de service* et passez ensuite à la question #10.
- Décisionnaire ou directeur(trice) général(e)
 - Intervenant(e)
 - Usagère de services
 - Autre à préciser : _____
8. Si vous êtes un(e) décisionnaire, directeur(trice) général(e), intervenant(e) ou autres, depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
- _____
9. Si vous êtes un(e) décisionnaire, directeur(trice) général(e), intervenant(e) ou autres, dans quel(s) domaine(s) avez-vous été formé(e)?
- _____
10. Si vous êtes une usagère de services, depuis combien de temps fréquentez-vous l'organisme communautaire que vous représentez?
- _____
11. Avez-vous déjà reçu de l'information sur la question des intersections entre le VIH et les violences faites aux femmes (excluant les documents qui vous ont été remis pour vous préparer cette activité) ?
- Oui Non
12. Avez-vous déjà consulté certains documents (écrits ou autres) sur la question des intersections entre le VIH et les violences faites aux femmes (excluant ceux que vous avez consultés pour vous préparer à cette activité) ?
- Jamais Quelques fois Souvent

ANNEXE C. GRILLE DE DISCUSSION DE GROUPE

Grille de discussion de groupe (Jour 1)**PRESTATAIRES****Durée totale : 1h15****Accueil** (15 minutes)

- 1) Mot de bienvenue et remerciements
- 2) Présentation de l'animatrice
- 3) Présentation de l'objectif de l'entrevue et des thèmes abordés
 - *Objectif de l'entrevue : Identifier les besoins de formation et de sensibilisation des prestataires de services communautaires qui travaillent auprès des femmes vivant avec le VIH et victimes de violence (FVVIH-VV).*
 - *Thèmes abordés : services offerts en lien avec la prévention des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS/VIH) et la question de la violence, interventions réalisées par les prestataires des services communautaires, habiletés d'intervention désirées, obstacles/difficultés/défis entourant l'intervention, etc.*
- 4) Rappel du consentement et de la procédure (enregistrement, confidentialité & anonymat) par l'animatrice
- 5) Signature du formulaire d'engagement à la confidentialité
- 6) Choix d'un(e) porte-parole pour le retour en grand groupe
 - *Son rôle : présenter un résumé de la discussion à l'ensemble des participant(e)s lors de l'activité suivante : le retour en grand groupe*
- 7) Période de questions

Activité brise-glace (5 minutes)

À tour de rôle, les participant(e)s se présentent en mentionnant leur nom et l'organisme communautaire auquel elles sont affilié(e)s.

Questions d'introduction (Entrevue de groupe : 50 minutes)

1a) *En tant que professionnel(le), dans quelle mesure vous sentez-vous concerné(e) par la multi-problématique du VIH et des violences pouvant être vécue par les femmes que vous accompagnez? Pour quelles raisons?*

1b) Selon vous, quels rôles en termes d'intervention devriez-vous assumer (ou non) au sein de votre organisme communautaire par rapport à cette multi-problématique? Pourquoi?

Questions centrales et questions de relance

2) À partir de votre expérience, que savez-vous de la réalité des femmes vivant avec le VIH et victimes de violence exercées par un partenaire intime?

Questions de relance :

- Selon vous, en quoi les femmes vivant avec le VIH peuvent être plus susceptibles de vivre des violences exercées par un partenaire intime?
- Selon vous, en quoi les femmes victimes de violences exercées par un partenaire intime peuvent être plus susceptibles de contracter le VIH ou d'autres ITSS?

3) Au sein de votre organisme, existe-t-il des services, des activités ou des interventions ciblant les intersections entre le VIH/ITSS et les violences exercées par un partenaire intime? Lesquels?

Questions de relance :

Si oui...

- Quels sont les défis que vous avez rencontrés en lien avec ces services, activités ou interventions?
- Quels sont les éléments qui ont facilité votre travail dans le cadre de ces services, activités ou interventions?

Si non...

- Pour quelles raisons croyez-vous que votre organisme communautaire n'offre pas ce type de services, activités ou interventions?

4) Avez-vous déjà accompagné une femme vivant avec le VIH et victime de violences exercées par un partenaire intime? Comment s'est manifesté votre accompagnement?

Questions de relance :

Si oui...

- Qu'avez-vous fait dans cette situation?
- Quels ont été les défis rencontrés dans cette situation?
- Qu'est-ce qui a facilité votre travail d'accompagnement?
- Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) compétent(e) pour intervenir dans cette situation?

Si non...

- Qu'auriez-vous fait dans une telle situation?
- Dans quelle(s) circonstance(s) vous sentiriez-vous compétent(e) en termes de connaissances et d'habiletés pour intervenir dans une telle situation?

5) *Si vous aviez l'occasion de suivre une formation sur les intersections entre le VIH et les violences exercées par un partenaire intime, que souhaiteriez-vous aborder en priorité?*

Questions de relance :

- Qu'aimeriez-vous savoir de plus à propos de cette réalité?
- Que souhaiteriez-vous développer comme habiletés pour accompagner et intervenir auprès des femmes vivant cette réalité?

Résumé et clôture (5 minutes)

- Synthèse de la discussion
- 6) *À la lumière des thèmes que nous avons abordés au cours de la journée et de la discussion, avez-vous des éléments à ajouter par rapport aux services ou à l'aide offerte par les organismes communautaires en lien avec la multi-problématique du VIH et des violences exercées par un partenaire intime?*
- Remercier les participant(e)s

ANNEXE D. GRILLE DE CODIFICATION MIXTE

Grille de codification mixte
Prestataires de service (Jour 1)

CONNAISSANCES	ATTITUDES	HABILETÉS D'INTERVENTION
<p>VIH/VC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liens, facteurs de risque et impacts des intersections entre le VIH et la VPI - Processus du dépistage - Ressources d'aide et de soutien - Reconnaissance de la double problématique du VIH et de la VPI - Reconnaissance de la réalité de leurs usagères - Reconnaissance des besoins de leurs usagères <ul style="list-style-type: none"> o Aide et soutien o Écoute et empathie o Confidentialité o Informer les autres usagères de leur situation <p>Barrières d'accès aux services chez les femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Professionnel connu sur le territoire - Peur du bris de confidentialité 	<p>Se sentir concerné(e) par l'intervention en matière de VIH, de VPI et de leurs intersections</p> <p>Rôle professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage du VIH et de la VPI - Référencement vers des ressources internes et externes - Transmettre des informations justes à la clientèle - Appuyer et créer des liens avec l'autre secteur d'intervention - Prévention globale des ITSS, du VIH, de la VC et de la sexualité - Parler des intersections entre le VIH et la VPI avec les femmes et les collègues - Limites de son rôle, frontière floue <p>Sentiment d'auto-efficacité/compétence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Détenir les connaissances nécessaires pour mieux intervenir - Se sentir outiller pour aider et soutenir la clientèle <p>Ouverture à la collaboration intersectorielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interventions auprès de l'ensemble de la clientèle - Intervention auprès des membres de son équipe de travail - Se renseigner au sujet des intersections VIH et VPI avant d'intervenir - Intervention de base uniforme à tous les besoins de soutien <p>Habilités d'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échanges sur les intersections avec la clientèle - Prioriser les besoins prioritaires nommés par la clientèle - Soutien moral <p>Habilités de référencement vers des ressources externes</p> <p>Habilités de dépistage du VIH et de la VPI</p> <p>Défis rencontrés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à discuter de thèmes sensibles chez la clientèle (VIH, VC, sexualité, etc.) - Non reconnaissance de leur situation de VC et VIH chez la clientèle <p>Facilitants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecter le rythme de la clientèle - Création d'un lien de confiance

Grille de codification mixte (Suite)

Prestataires de service (Jour 1)

SERVICES, ACTIVITÉS ET INTERVENTIONS CIBLANT LES INTERSECTIONS	Pistes d'action	
<ul style="list-style-type: none"> - Formation - Volet/projet qui traite des intersections VIH-VC - Dépistage du VIH dans un milieu externe - Activités d'engagement social <p>Défis rencontrés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ne divulguent pas leur statut VIH <p>Raisons relatives à l'absence de service</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de discussion au sein de l'équipe de travail - Manque d'information - Non reconnaissance des intersections 	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat entre les secteurs d'intervention - Connaissance des services accessibles et disponibles - Formation des prestataires réunissant les deux secteurs d'intervention 	

ANNEXE E. SCHÉMA D'ENSEMBLE

Thème	Sous-thèmes
Sécurité	Être sensible aux multiples réalités que peuvent vivre les femmes
	Occasions limitées pour réfléchir et discuter des intersections entre le VIH et la VPI
	Absence de pratique de dépistage et d'espace de discussion
	Dépistage des signes associés à la VPI
	Prévention des traumatismes associés au VIH et à la VPI
	Désir de faire des efforts pour mettre en place des pratiques de prévention des traumatismes associés au VIH et à la VPI
Confiance	Créer une relation de confiance avec les femmes en respectant leur rythme
	Le jugement comme barrière au dévoilement d'expériences traumatiques
Collaboration mutuelle	Se sentir peu outillés pour répondre aux besoins des femmes associés aux intersections entre le VIH et la VPI
	Besoin de mieux comprendre les traumatismes et leurs conséquences
	Responsabilité des professionnels d'acquérir des connaissances sur le VIH, la VPI et leurs liens
	Être mieux outillé pour recevoir le dévoilement d'expériences traumatiques
	Développer des habiletés pour sensibiliser et éduquer les FVVIH par rapport à la VPI
	Responsabilité des professionnels à référer les femmes vers les ressources spécialisées
	Besoin de connaître les ressources spécialisées
Coordination des services	Offre d'activités ciblant les intersections entre le VIH et la VPI
	Respect du mandat de leur organisme
	Intérêt et volonté de collaborer et de créer des liens entre les deux secteurs d'intervention
	Implantation d'une entente de référencement entre les organismes communautaires des deux secteurs d'intervention

ANNEXE F. CERTIFICAT ÉTHIQUE



No du certificat : 1619_e_2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2013).

Protocole de recherche

Chercheur principal : Mylène Fernet

Unité de rattachement : Département de sexologie

Équipe de recherche :

Professeurs : Joanne Otis (UQAM); Marie-Marthe Cousineau (UQAM); Maria Nengeh Mensah (UQAM);

Alexandra de Pokomandy (McGill); Estibaliz Jimenez (UQTR);

Chercheur externe : Aurélie Hot (COCQ-Sida Montréal)

Agentes de recherche : Lyne Massie (UQAM); Caroline Racicot (UQAM)

Étudiante réalisant son projet de thèse : Laura Desilets (UQAM)

Titre du protocole de recherche : *Analyse des besoins et des ressources pour la conception d'une intervention ciblée*

AVEC, PAR et POUR les femmes vivant avec le VIH victimes de violence conjugale au Québec

Sources de financement (le cas échéant): FRQS

Durée du projet : 1 an

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité. Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au 28 janvier 2018. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat¹.

2 mars 2017

Éric Dion, Ph.D.
Professeur
Président

Date d'émission initiale du certificat

¹<http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

²<http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>

ANNEXE G. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Formulaire d'information et de consentement
PRESTATAIRES****Analyse des besoins et des ressources pour la conception d'une intervention
ciblée AVEC, PAR et POUR les femmes vivant avec le VIH victimes de violence
conjugale au Québec***

Chercheure principale

Mylène Fernet, Ph.D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Agentes de recherche et étudiante au projet

Lyne Massie, M.A., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Caroline Racicot, M.A., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Laura Désilets, candidate à la maîtrise recherche-intervention en sexologie, Université du Québec à Montréal

*Ce projet de recherche est financé par les Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS).

Invitation à participer: Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche *Analyse des besoins et des ressources pour la conception d'une intervention ciblée AVEC, PAR et POUR les femmes vivant avec le VIH victimes de violence conjugale au Québec*. Cette recherche communautaire de mobilisation partenariale porte sur la réalité des femmes vivant avec le VIH et/ou victimes de violence exercée par un partenaire intime.

But du projet de recherche: Le but ultime du projet de recherche est de réunir les organismes engagés dans la lutte contre le VIH et les violences faites aux femmes afin de créer des partenariats. C'est une occasion d'échanger, de réfléchir et de mettre à jour vos connaissances sur ces deux thématiques et leurs intersections. Spécifiquement, le

projet de recherche vise à identifier les besoins d'accompagnement et de soutien des femmes touchées, de près ou de loin, par le VIH et les violences exercées par un partenaire intime ainsi que les besoins de formation et de sensibilisation des services de santé communautaire. Le projet vise également à déterminer les priorités d'action à privilégier en matière de VIH et violence. Pour ce faire, votre point de vue est essentiel.

Participation: Votre participation consistera à assister à deux journées d'activités communautaires (dates et lieu à déterminer) pour lesquelles vous serez amené(e) à réfléchir et à échanger sur différentes thématiques en lien avec le VIH, les violences exercées par un partenaire intime et leurs intersections. Vous serez également appelé(e) à participer aux échanges et prises de décisions lors des réunions du comité consultatif, à recruter entre 2 et 3 usagères de vos services communautaires qui seront invitées à participer avec vous aux deux journées d'activités communautaires, ainsi qu'à réfléchir aux thématiques du VIH, de la violence et leurs intersections avant la tenue des deux journées d'activités communautaires. Il est possible que l'équipe de recherche vous sollicite pour avoir accès aux différents rapports-bilans de votre organisme. Ces documents constituent une source d'information pertinente sur les besoins d'accompagnement et de soutien des femmes et les besoins de formation et de sensibilisation des ressources en matière d'intervention ciblant conjointement les intersections du VIH et des violences intimes et sexuelles.

Lors de la tenue des deux journées d'activités communautaires :

- Questionnaire socioprofessionnel : Vous devrez d'abord remplir un questionnaire d'une durée de 15 minutes. Ce questionnaire vise à connaître les caractéristiques socioprofessionnelles des personnes présentes aux deux journées d'activités communautaires. Par exemple, des informations telles que votre âge, sexe, appartenance culturelle et votre rôle au sein de l'organisme communautaire que vous représentez vous seront demandées. Pour conserver votre anonymat, vous créerez un code personnel à partir des deux derniers chiffres de votre année de naissance et des chiffres de votre journée de naissance.
- Entrevues de groupe : Lors de chacune des deux activités communautaires, vous serez sollicité(e) à participer à une entrevue de groupe. D'une durée approximative de 90 minutes chacune, la première entrevue de groupe portera sur les besoins de formation et de sensibilisation des services de santé communautaire (jour 1), alors que la deuxième entrevue de groupe portera sur les priorités d'action en matière de VIH et de violence (jour 2). Avec votre approbation, les entrevues de groupe seront enregistrées pour s'assurer de l'exactitude des propos qui seront échangés en vue des analyses ultérieures. Par ailleurs, les groupes seront composés des membres de l'organisme communautaire auquel vous êtes

affiliée ainsi que des membres de l'organisme communautaire du milieu du VIH ou de la violence de votre région.

- Activités de formation : À différents moments, lors des journées d'activités communautaires, les membres de l'équipe de recherche vous présenteront des résultats de recherche et la synthèse des travaux scientifiques portant sur le VIH, les violences et leurs intersections.
- Traces écrites : Les agentes de recherche verront à constituer une chronique qui regroupera toutes les traces écrites produites pendant la durée de l'étude. Ces traces écrites sont : le compte-rendu de chaque échange téléphonique ou face-à-face avec toute personne impliquée dans le projet; les procès-verbaux des rencontres avec le comité consultatif; etc. Pour sa part, l'étudiante en sexologie tiendra un journal de bord dans lequel elle notera ses observations, perceptions et questionnements quant au déroulement des deux journées d'activités communautaires. Les notes seront utilisées pour alimenter le rapport final de ce projet de recherche. Elles ne pourront en aucun cas vous identifier individuellement.

Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez donc vous retirer de la recherche à tout moment si vous le jugez préférable, sans préjudice d'aucune sorte.

Avantages de votre participation : En participant à cette étude, vous aurez la possibilité de parfaire vos connaissances sur la question du VIH et des violences exercées par un partenaire intime, tout en ayant l'occasion de réfléchir et d'échanger avec des chercheur(e)s, des collègues, des partenaires et des femmes interpellés par ces thématiques. Ces activités de recherche peuvent être une opportunité pour vous exprimer et donner votre opinion sur les intersections entre le VIH et les violences exercées par un partenaire intime. Ce sera aussi l'occasion de créer des liens avec les membres de l'organisme communautaire du milieu du VIH ou de la violence implanté dans la même région que vous. Le fait de recueillir votre point de vue sur la réalité des femmes vivant avec le VIH et/ou victimes de violence exercée par un partenaire intime nous permettra de mieux comprendre leurs besoins spécifiques et vos besoins de formation. De plus, les pistes d'action que vous proposerez aideront à mieux définir les priorités en termes d'intervention et de formation futures.

Risques: Puisque votre participation à ces journées d'activités communautaires implique que vous donniez votre point de vue sur des thématiques sujettes aux débats, il est possible que cela crée des contrariétés. Dans le cas où la dynamique de groupe serait affectée en raison des divergences de point de vue, à un moment ou un autre, les membres de l'équipe de recherche s'assureront de maintenir un lieu d'échanges

agréable et respectueux pour tous et toutes. À n'importe quel moment durant la tenue des journées d'activités communautaires, si vous ressentez le besoin de prendre du recul, vous pouvez le signaler à l'équipe de recherche. Enfin, si vous avez des commentaires ou des plaintes à formuler concernant la dynamique de groupe ou autres éléments désobligeants, vous pourriez en faire part à la chercheuse principale ou aux agentes de recherche afin que la situation ne se reproduise plus et que des solutions soient apportées. Les noms et coordonnées de ces personnes sont mentionnés à la dernière page de ce formulaire d'information et de consentement.

Votre participation implique aussi des inconvénients sur le plan économique et logistique. Vous devrez dégager du temps pour les rencontres en comité, le recrutement des usagères de votre organisme ainsi que la préparation et la participation aux activités communautaires (+/- 25 heures au total). D'ailleurs, les tâches habituellement assurées par l'intervenant(e) qui sera présent(e) aux journées d'activités communautaires pourront l'être par un(e) autre intervenant(e) remplaçant(e) afin que l'intervenant(e) attiré(e) au projet puisse accomplir l'ensemble des tâches requises au bon déroulement du projet de recherche .

Confidentialité et anonymat: Vous avez l'assurance que l'information que vous partagerez dans le cadre de ces deux journées d'activités communautaires restera strictement confidentielle. Concernant le questionnaire socioprofessionnel, votre anonymat sera préservé par le biais d'un code personnel que vous créerez au début du projet. Concernant les entrevues de groupe, toute information qui pourrait permettre, de quelque manière que ce soit, de vous identifier ou d'identifier une tierce personne sera omise de l'analyse (par exemple, si vous mentionnez des lieux précis, des noms, ou toute information spécifique qui pourrait vous identifier comme personne). Le contenu des entrevues de groupe et les données du questionnaire socioprofessionnel seront utilisés à des fins de transfert des connaissances et de rédaction d'articles scientifiques et du mémoire de Laura Désilets, candidate à la maîtrise en sexologie. Le nom de l'organisme que vous représentez et votre rôle au sein de celui-ci pourraient être cités, avec votre autorisation, dans les résultats diffusés. Toutefois, il sera impossible de vous identifier individuellement.

Conservation des données: Tout le matériel recueilli sera conservé de façon sécuritaire dans les bureaux du département de sexologie de la chercheuse principale, situés à l'Université du Québec à Montréal. Les enregistrements audio des entrevues de groupe, la transcription et les analyses seront conservés dans un fichier électronique.

protégé par un mot de passe, alors que les questionnaires et autres traces écrites (journal de bord, compte-rendu des différentes réunions de travail, procès-verbaux des échanges courriel ou face-à-face et formulaires de consentement) seront conservés dans un classeur sous clé. De plus, les deux agentes de recherche partageront un fichier électronique, également protégé par un mot de passe, contenant les coordonnées (courriel et numéro de téléphone professionnels) des décisionnaires et intervenant(e)s des organismes communautaires et de santé publique. Seules la chercheuse principale, les deux agentes de recherche et l'étudiante y auront accès. Elles seront invitées à signer une déclaration d'engagement à la confidentialité des données. Tout le matériel recueilli sera détruit cinq ans après la fin du projet. Enfin, notez qu'il est envisageable que les données recueillies servent ultérieurement dans le cadre d'analyses secondaires ou pour d'autres projets de recherche.

Compensation: Pour les organismes de l'extérieur de Montréal, les frais de déplacement au lieu des deux journées d'activités communautaires (0,40\$/km, jusqu'à concurrence de 2 voitures/ milieu) vous seront remboursés. De plus, l'hébergement d'une nuitée (max.80\$ pour une chambre en occupation double) vous sera remboursé et un montant forfaitaire pour un souper (max.20\$/personne) vous sera remis. Enfin, pour tous(tes) les participant(e)s présent(e)s, le repas du midi et les collations pour les deux journées seront couverts et assumés par l'équipe de recherche.

Participation volontaire: Votre participation à l'activité communautaire organisée par l'équipe de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ou refuser de participer à certaines activités et vous pouvez vous retirer en tout temps du projet, sans subir de conséquence négative. Si vous décidez de vous retirer de l'activité communautaire après sa tenue, votre formulaire d'information et de consentement et votre questionnaire socioprofessionnel seront détruits. Par contre, sachez qu'il sera impossible de supprimer vos propos dans les entrevues de groupe, étant donné qu'elles impliquent la participation d'autres personnes et que nous serons incapables d'identifier et d'isoler vos propos.

Par ailleurs, vous avez l'obligation de ne pas exercer de pression sur les usagères, de les laisser libres de s'inscrire ou de refuser de s'inscrire à l'une ou l'autre ou aux deux journées d'activités communautaires, et ce sans qu'aucun préjudice ne leur soit causé. Le refus ou le retrait de la participation des usagères ne doit pas affecter la qualité des services qu'elles reçoivent dans le cadre des activités de votre organisme. Notez que

vous devez respecter l'anonymat de vos usagères qui participeront avec vous aux journées d'activités communautaires.

Personnes ressources : Pour tout renseignement additionnel concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mylène Fernet, chercheure principale, et les membres de l'équipe de recherche. Pour des renseignements concernant les responsabilités éthiques de l'équipe de recherche ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter l'ombudsman de l'UQAM. Leurs coordonnées figurent ci-dessous :

Chercheure principale

Mylène Fernet, Ph.D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
(514) 987-3000, poste 2201, fernet.mylene@uqam.ca

Agentes de recherche et étudiante de l'étude

Lyne Massie, M.A., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
(514) 987-3000, poste 1374, massie.lyne@uqam.ca

Caroline Racicot, M.A., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
(514) 987-3000, poste 1374, racicot.caroline@uqam.ca

Laura Désilets, Candidate à la maîtrise recherche-intervention en sexologie,
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, desilets.laura@uqam.ca

Ombudsman UQAM

(tél.) (514) 987-3151, (fax) (514) 987-6121, ombudsman@uqam.ca

Le présent projet a reçu l'approbation du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (CIEREH) le 2 mars 2017. Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant(e), vous pouvez faire valoir votre cas auprès du secrétariat du CIEREH, 514-987-3000, poste 7753, ou encore par courriel à l'adresse suivante : ciereh@uqam.ca

Nom de la chercheure ou du/de la représentant(e) autorisé(e) :

Fonction :

Signature :

Date :

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à ce projet de recherche mené par Mylène Fernet, professeure au département de sexologie et titulaire du Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité à l'Université du Québec à Montréal.

Signature du (de la) participant (e): _____

Date: _____

ANNEXE H. FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Projet « Analyse des besoins et des ressources pour la conception d'une intervention ciblée AVEC, PAR et POUR les femmes vivant avec le VIH victimes de violence conjugale au Québec ».



Engagement à la confidentialité

Moi, Laura Désilets, étudiante dans le cadre de cette étude, qui réalisera la transcription des entrevues de groupe, m'engage à ne diffuser aucune information provenant de ces verbatims ainsi que tout autre renseignement personnel concernant les participants.es impliqués.es dans ce projet. Je m'engage également à détruire l'ensemble des fichiers audios et les documents textes qui en découlent lorsque le travail sera accompli.

En foi de quoi, j'ai signé

Laura Désilets

Date : 24 juin 2017.

Ce formulaire d'engagement sera signé en double de manière à ce que vous en conserviez une copie. L'autre copie sera conservée dans les bureaux de la chercheure principale, dans un dossier à cet effet.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2013). *Les organismes communautaires : des partenaires essentiels et dans le besoin. Portrait de leur contribution et de leur situation budgétaire*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers_portail/fichiers_portail/Professionnels/PSOC/2013-06-11_Portrait_organismes-communautaires-FINAL_26-06-2013.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida/alt/hiv-aids-surveillance-2014-vih-sida-fra.pdf>
- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. Récupéré de [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(1\)/numero_complet_29\(1\).pdf#page=31](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(1)/numero_complet_29(1).pdf#page=31)
- Beaupré, P. (2015). La violence entre partenaires intimes. Dans Statistique Canada. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2013* (p. 24-45). Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/14114-fra.pdf>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%282%29/blais_et_martineau_final2.pdf
- Bonacquisti, A., & Geller, A.P. (2013). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3328–3336. doi: 10.1111/jocn.12101
- Bowen, E.A., & Murshid, N.S. (2016). Trauma-informed social policy : a conceptual framework for policy analysis and advocacy. *American journal of public health*, 106(2), 223–229. doi: 10.2105/AJPH.2015.302970

- Breiding, M.J., Basile, K.C., Smith, S.G., Black, M.C., & Mahendra, R.R. (2015). *Intimate partner violence surveillance : uniform definitions and recommended data elements* (2e éd.). Atlanta (GA) : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Récupéré de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/intimatepartnerviolence.pdf>
- Brezing, C., Ferrara, M., & Freudenreich, O. (2015). The syndemic illness of HIV and trauma : implications for a trauma-informed model of care. *Psychosomatics*, 56(2), 107–118. doi: 10.1016/j.psych.2014.10.006
- Centre canadien de la statistique juridique. (2016). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2014*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2016001/article/14303-fra.pdf?st=i0HE0bT0>
- Centre canadien de la statistique juridique. (2018). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2016*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Récupéré de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893-fra.htm>
- Chambers, L., Rueda, S., Baker, D., Wilson, M.G., Deutsch, R., Raeifar, E., & Rourke, S.B. (2015). Stigma, HIV and health : a qualitative synthesis. *Bmc Public Health*, 15(848). doi: 10.1186/s12889-015-2197-0
- Christofides, N., & Jewkes, R. (2010). Acceptability of universal screening for intimate partner violence in voluntary HIV testing and counseling services in South Africa and service implications, *AIDS Care*, 22(3), 279-285. doi: 10.1080/09540120903193617
- Colombini, M., James, C., Ndwiga, C., Integra team, & Mayhew, S.H. (2016). The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses : narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*, 19. doi: 10.7448/IAS.19.1.20766
- Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., ... Barros, H. (2014). Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women : findings from the DOVE study. *Quality of Life Research*, 24(2), 463–471. doi: 10.1007/s11136-014-0766-9
- Daoud, N., Matheson, F.I., Pedersen, C., Hamilton-Wright, S., Minh, A., Zhang, J., & O'campo, P. (2016). Pathways and trajectories linking housing instability and poor health among low-income women experiencing intimate partner violence (IPV) : toward a conceptual framework. *Women & Health*, 1-18. doi: 10.1080/03630242.2015.1086465

- Decker, M.R., Tomko, C., Wingo, E., Sawyer, A., Peitzmeier, S., Glass, N., & Sherman, S.G. (2018). A brief trauma-informed intervention increases safety behavior and reduces HIV risk for drug-involved women who trade sex. *BMC Public Health, 18*(75), 1-11. doi: 10.1186/s12889-017-4624-x
- De Ketele, J.M. (1989). *Guide du formateur: Pédagogie en développement*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women : a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*. doi: 10.1155/2013/313909
- Distefano, A.S., & Cayetano, R.J. (2011). Health care and social service providers' observations on the intersection of HIV/AIDS and violence among their clients and patients. *Qualitative Health Research, 21*(7), 884-899. doi: 10.1177/1049732311403501
- Distefano, A.S., & Hubach, R.D. (2011). Addressing the intersections of violence and HIV/AIDS : a qualitative study of service providers. *Violence and Victims, 26*(1), 33-52. doi: 10.1891/0886-6708.26.1.33
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques, 10*(1), 79-86. doi: 10.1016/j.prps.2004.01.004
- Edhlund, B., & McDougall, A. (2019). *Nvivo 12 essentials: Your guide to the leading qualitative data analysis software*. Stallarholmen, Sweden : Form & Kunskap AB.
- Elliott, D.E., Bjelajac, P., Fallot, R.D., Markoff, L.S., & Glover Reed, B. (2005). Trauma-informed or trauma-denied : principles and implementation of Trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461-477. doi: 10.1002/jcop.20063
- Fontenot, H.B., Fantasia, H.C., Lee-St. John, T.J., & Sutherland, M.A. (2014). The effects of intimate partner violence duration on individual and partner-related sexual risk factors among women. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(1), 67-73. doi: 10.1111/jmwh.12145
- Gauthier, B. (2010). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gielen, A.C., Ghandour, R.M., Burke, J.G., Mahoney, P., McDonnell, K.A., & O'Campo, P. (2007). HIV/AIDS and intimate partner violence intersecting women's health issues in the united states. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*(2), 178-198. doi: 10.1177/1524838007301476

- Gilbert, L., Raj., A., Hien, D., Stockman, J., Terlikbayeva, A., & Wyatt, G. (2015). Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls : a global review of epidemiology and integrated interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *1*(69), 118–127. doi: 10.1097/QAI.0000000000000626
- Goodman, L.A., Sullivan, C.M., Serrata, J., Perilla, J., Wilson, J.M., Fauci, J.E., & DiGiovanni, C.D. (2016). Development and validation of the trauma informed practice scales. *Journal of Community Psychology*, *44*(6), 747–764. doi: 10.1002/jcop.21799
- Gouvernement du Québec. (2017). *VIH/sida*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/vih-sida/>
- Hebenstreit, C.L., Maguen, S., Koo, K.H., & DePrince, A.P. (2015). Latent profiles of PTSD symptoms in women exposed to intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, *180*, 122–128. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.047
- Hébergement Femmes Canada. (2017). *Les chiffres : violence faite aux femmes et aux filles au Canada*. [Brochure]. Canada : Hébergement Femmes Canada. Récupéré de http://fede.qc.ca/sites/default/files/upload/documents/publications/hfc_les_chiffres_vff.pdf
- Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277–1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Illangasekare, S.L., Burke, J.G., Chander, G., & Gielen, A.C. (2014). Depression and social support among women living with the substance abuse, violence, and HIV/AIDS syndemic : a qualitative exploration. *Women's Health Issues*, *24*(5), 551–557. doi: 10.1016/j.whi.2014.05.004
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Profils statistiques par région et MRC géographiques*. Récupéré de http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_00/region_00.htm
- Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation : volet formation continue*. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageNotice.aspx?idn=32348
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec*.

Rapport annuel 2016. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/publications/2322>

- LeGrand, S., Reif, S., Sullivan, K., Murray, K., Barlow, M.L., & Whetten, K. (2015). A review of recent literature on trauma among individuals living with HIV. *Curr HIV/AIDS*, 12(4), 397–405. doi: 10.1007/s11904-015-0288-2
- Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105–113. doi: 10.1093/sw/swx001
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Zhaoc, Y., Jia, M., & Yan, Z. (2007). HIV-related stigma in health care settings : a survey of service providers in China. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), 753–762. doi: 10.1089/apc.2006.0219
- Li, Y., Marshall, C.M., Rees, H.C., Nunez, A., Ezeanolue, E.E., & Ehiri, E. (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 17(1). doi: 10.7448/IAS.17.1.18845
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 71–84. doi: 10.1007/s10464-005-6233-6
- Logie, C. (2017). *Current overview of research : gender based violence and trauma among women living with HIV in Canada*. [Webinaire]. Canada : Canadian HIV Women’s Sexual and Reproductive Health Cohort Study. Récupéré de <https://register.gotowebinar.com/register/4131644024420600833>
- Loutfy, M., De Pokomandy, A., Benoit, A., Kennedy, L., Thomas-Pavanel, J., Carter, A., ... CHIWOS team. (2015). *Coercive sex as a mode of HIV acquisition among a cohort of women with HIV in Canada : an under-recognized public health concern*. Communication présentée au 8th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Vancouver, Canada. Récupéré de http://www.chiwos.ca/coercive-sex-as-a-mode-of-hiv-acquisition-among-a-cohort-of-women-with-hiv-in-canada-an-under-recognized-public-health-concern-2/?doing_wp_cron=1546641361.6131799221038818359375&lang=en
- MacGillivray, J. (2017). *Trauma-aware clinical care*. [Webinaire]. Canada : Canadian HIV Women’s Sexual and Reproductive Health Cohort Study. Récupéré de <https://register.gotowebinar.com/register/4131644024420600833>
- Machtiger, E.L., Cuca, Y.P., Khanna, N., Rose, C.D., & Kimberg, L.S. (2015). From treatment to healing : the promise of trauma-informed primary care. *Womens Health Issues*. 25(3), 193–197. doi: 10.1016/j.whi.2015.03.008

- Maman, S., Campbell, J., Sweat, M.D., & Gielen, A.C. (2000). The intersections of HIV and violence : directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 50(4), 459–478. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10641800>
- Massie, L., Otis, J., Fernet, M., Mensah, M.N., De Pokomandy, A., Beaulieu-Prévost, D., ... Lacasse, G. (2015). *Préoccupations de santé sexuelle chez des femmes vivant avec le VIH/sida au Québec*. Communication présentée au 7e congrès international des recherches féministes dans la francophonie, Montréal, Canada.
- McCree, D.H., Koenig, L., Basile, K., Fowler, D., & Green, Y. (2015). Addressing the intersection of HIV and intimate partner violence among women with or at risk for HIV in the United States. *Journal of women's health*, 24(5), 331–335. doi: 10.1089/jwh.2015.5301
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research? A first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 799–808. doi: 10.1177/1359105306066643
- Ministère de la Sécurité publique (2017). *Les infractions contre la personne commises en contexte conjugal au Québec en 2015*. Québec : Direction de la prévention et de l'organisation policière, Ministère de la Sécurité publique. Récupéré de [https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence conjugale/2015/violence conjugale 2015 01.pdf](https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence%20conjugale/2015/violence%20conjugale%202015_01.pdf)
- Murray, C.E., Crowe, A., & Overstreet, N.M. (2018). Sources and components of stigma experienced by survivors of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(3), 515-536. doi: 10.1177/0886260515609565
- Nadeau, M.A. (1988). *L'évaluation de programme : théorie et pratique* (2e éd). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *VIH/SIDA*. Récupéré de http://www.who.int/topics/hiv_aids/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Santé sexuelle*. Récupéré de https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé & ONUSIDA. (2013). *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic : a programming tool*. Geneva, Switzerland : Organisation Mondiale de la Santé. Récupéré de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/

- Orza, L., Bewley, S., Chung, C., Crone, T., Nagadya, H., Vazquez, M., & Welbourn, A. (2015). "Violence. Enough already" : findings from a global participatory survey among women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society, 18*(5). doi: 10.7448/IAS.18.6.20285
- Otis, J., Bernier, M., & Lévy, J.J. (2015). *La recherche communautaire VIH/sida : des savoirs engagés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Phillips, D.Y., Walsh, B., Bullion, J.W., Reid, P.V., Bacon, K., & Okoro, N. (2013). The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women : a review. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 25*(1), 1-14. doi: 10.1016/j.jana.2012.12.006
- Pick, N. (2017). *Trauma & violence informed care*. [Webinaire]. Canada : Canadian HIV Women's Sexual and Reproductive Health Cohort Study. Récupéré de <https://register.gotowebinar.com/register/4131644024420600833>
- Pires, A.P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans Poupart, D., Groulx, L., Mayer, P. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p.113-169). Montréal : Gaëtan Morin.
- Prust, M.L., Mellor-Crummey, L., Sullivan, T.P., Lang, S., & Hansen, M.B. (2017). Capacity of AIDS service organisations in Connecticut to respond to intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community, 25*(2), 329–337. doi: 10.1111/hsc.12306
- Raissi, S.E., Krentz, H.B., Siemieniuk, R.A.C., & Gill, M.J. (2015). Implementing an intimate partner violence (IPV) screening protocol in HIV care. *AIDS PATIENT CARE and STDs, 29*(3), 133-141. doi: 10.1089/apc.2014.0306
- Rose, R.C., House, A.S., & Stepleman, L.M. (2010). Intimate partner violence and its effects on the health of African american HIV-positive women. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(4), 311–317. doi: 10.1037/a0018977
- Rouleau, G., Côté, J., & Cara, C. (2012). Disclosure experience in a convenience sample of quebec-born women living with HIV : a phenomenological study, *BMC Women's Health, 12*(37). doi: 10.1186/1472-6874-12-37
- Rountree, M.A. (2005): An exploratory study : HIV/AIDS educational and prevention programming in domestic violence shelters. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 4*(1), 45-54. doi: 10.1300/J187v04n01_02
- Rountree, M.A., Granillo, R., & Bagwell-Gray, M. (2015). Promotion of latina health : intersectionality of IPV and risk for HIV/AIDS. *Violence Against Women, 22*(5), 545–564. doi: 10.1177/1077801215607358

- Rountree, M.A., Pomeroy, E.C., & Marsiglia, F.F. (2008). Domestic violence shelters as prevention agents for HIV/AIDS? *Health & Social Work, 33*(3), 221-228. Récupéré de <https://academic.oup.com/hsw/article-abstract/33/3/221/817927?redirectedFrom=PDF>
- Sanson, X. (2006). Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues, 242*(9), 24-27. doi: 10.3917/jdp.242.0024
- Sareen, J., Pagura, J., & Grant, B. (2009). Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *General Hospital Psychiatry, 31*(3), 274-278. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.02.004
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, 5*, 99-111. Récupéré de http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
- Schaan, M.M., Taylora, M., Puvimanasing, J., Busange, L., Keapolets, K., & Marlink, R. (2012). Sexual and reproductive health needs of HIV-positive women in Botswana : a study of health care worker's views. *AIDS Care, 24*(9), 1120-1125. doi: 10.1080/09540121.2012.672814
- Seth, P., Wingood, G.M., Robinson, L.S., Raiford, J.L., & Diclemente, R.J. (2015). Abuse impedes prevention : the intersection of intimate partner violence and HIV/STI risk among young african american women. *AIDS Behav, 19*(8), 1438-1445. doi: 10.1007/s10461-014-0940-7
- Siegel, K., Lekas H.M., & Schrimshaw, E.W. (2005). Serostatus disclosure to sexual partners by HIV-infected women before and after the advent of HAART. *Women Health, 41*(4), 63-85. doi: 10.1300/J013v41n04_04.
- Siemieniuk, R.A., Krentz, H.B., Gish, J.A., & Gill, M.J. (2010). Domestic violence screening : prevalence and outcomes in a Canadian HIV population, *AIDS PATIENT CARE and STDs, 24*(12), 763-770. doi: 10.1089/apc.2010.0235
- Siemieniuk, R.A., Krentz, H.B., Miller, P., Woodman, K., Ko, K., & Gill, M.J. (2013). The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *AIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 64*(1), 32-38. doi: 10.1097/QAI.0b013e31829bb007
- St-Pierre-Gagné, S., Massie, L., Otis, J., Yattassaye, A., Kéïta, D.B., Henry, É., ... The advisory committee on the adaptation of the program to Quebec culture. (2014). *Emotional and sexual well-being of women living with HIV in Quebec : cultural adaptation and formative evaluation of the program*

“PLURIELLES”. Communication présentée au 23e Congrès annuel canadien de recherche sur le VIH/sida, St-John’s, Terre-Neuve.

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2017). *Trauma-informed approach and trauma-specific interventions*. Récupéré de <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>
- Sullivan, C.M., Goodman, L.A., Virden, T., Strom, J., & Ramirez, R. (2018). Evaluation of the effects of receiving trauma-informed practices on domestic violence shelter residents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 88(5), 563–570. doi: 10.1037/ort0000286
- Tétreault, S., Beaupré, P., Deschênes, P.M., Rajotte, T., Gascon, H., Boucher, N., & Carrière, M. (2013). Comment mobiliser la communauté grâce au forum communautaire? Une méthode participative à la portée de l’intervenant social. *Service social*, 59(2), 65-75. doi: 10.7202/1019110ar
- Valdez, C., Lim, B., & Lilly, M. (2013). “It’s going to make the whole tower crooked” : victimization trajectories in IPV. *Journal of Family Violence*, 28(2), 131-140. doi: 10.1007/s10896-012-9476-7
- Williams, J.R., Gonzalez-Guarda, R.M., & Ilias, V. (2017). Trauma-informed decision-making among providers and victims of intimate partner violence during HIV testing : a qualitative study. *Journal of the association of nurses in AIDS Care*, 28(5), 819–831. doi: 10.1016/j.jana.2017.04.010
- Wilson, J.M., Fauci, J.E., & Goodman, L.A. (2015). Bringing trauma-informed practice to domestic violence programs : a qualitative analysis of current approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 586–599. doi: 10.1037/ort0000098
- Wyatt, G.E., Hamilton, A.B., Myers, H.F., Ullman, J.B., Chin, D., Sumner, L.A., ... Liu, H. (2011). Violence prevention among HIV-positive women with histories of violence : healing women in their communities. *Women's Health Issues*, 21(6), 255-260. doi: 10.1016/j.whi.2011.07.007
- Zunner, B., Dworkin, S.L., Neylan, T.C., Bukusi, E.A., Oyaro, P., Cohen, C.R., ... Meffert, S.M. (2015). HIV, violence and women : unmet mental health care needs. *Journal of Affective Disorders*, 174, 619–626. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.017